

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Lucie Vojíková

Příprava klienta nízkoprahového zařízení na léčbu v terapeutické komunitě:
kvalitativní analýza příležitostí a hrozeb v léčebném procesu.

Preparation of low-threshold facilities clients for treatment in a therapeutic
community: qualitative analysis of opportunities and threats in the treatment
process

Bakalářská práce

PaedDr. Martina Richterová – Těmínová

Praha, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 10.7.2017

LUCIE VOJÍKOVÁ

Identifikační záznam:

VOJÍKOVÁ, Lucie. *Příprava klienta nízkoprahového zařízení na léčbu v terapeutické komunitě: kvalitativní analýza příležitostí a hrozeb v léčebném procesu*. [Preparation of low-threshold facilities clients for treatment in a therapeutic community: qualitative analysis of opportunities and threats in the treatment process]. Praha, 2017. 61 str.,3 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Richterová – Těmínová Martina, PaedDr.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PaedDr. Martině Richterové – Těmínové za ochotu vést mou bakalářskou práci, za poskytnutí informací vztahujících se k osnově práce a odbornou pomoc, cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat mému zaměstnavateli, Centru protidrogové prevence a terapie, o.p.s., za umožnění dalšího vzdělávání a mým kolegům, kteří se zúčastnili výzkumného záměru a měli se mnou trpělivost v posledních dvou letech studia. Velký dík patří i mé rodině a partnerovi, kteří mi byli psychickou podporou.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá popisem procesu zprostředkování léčby závislosti v terapeutické komunitě z pohledu pracovníků vybraného nízkoprahového zařízení. Práce si klade za cíl pojmenovat, co celý proces ovlivňuje, jak pracovníci vnímají terapeutické komunity v léčebném systému, co ví o jejich specifikách, jak provázejí klienta před nástupem na léčbu. Teoretická část je zaměřena na formulování přístupů při práci s klientem - případová práce, motivační rozhovory, matching, sociální práce. Dále je zde obecně charakterizované nízkoprahové zařízení, terapeutická komunita a adiktologické poradenství. Tato pasáž shrnuje dosavadní poznatky, které byly v oblasti práce s klientem učiněny. V praktické části je použito kvalitativní metody výzkumu, závěrečné výstupy jsou získány prostřednictvím rozhovorů s jasně danou strukturou umožňující však doplňující odpovědi. Bakalářská práce má posloužit k odhalení příležitostí a hrozeb na cestě klienta k úzdavě a k popisu skutečností, proč se nedaří klienty efektivně dostávat do léčby v terapeutické komunitě. Práce ukázala, že pracovníci vědí, jak postupovat v procesu přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě, dále mohu konstatovat, že v jistém ohledu se pracovníci podílejí na klientově zájmu či nezájmu o zprostředkování léčby závislosti. Získané výstupy budou použity k uvědomění si slabých míst a zamyšlení se nad možnými změnami.

Klíčová slova

Kontaktní centrum – terapeutická komunita – pracovník – klient – příprava na léčbu – léčba závislosti – spolupráce – úzdava

Abstract

This bachelor thesis deals with a description of the process of mediating the treatment of dependence in a therapeutic community from the point of view of employees who work in the selected low-threshold center. The goal of the thesis is: to describe what the whole process affects, how these employees perceive therapeutic communities in the Czech health care system, what the employees know about specifics of therapeutic communities and how they accompany a client before entering his/her treatment. The theoretical part formulates approaches of the work with a client, such as: case work, motivational interviews, matching and social work. This part also generally characterizes a low-threshold center as well as a therapeutic community and addictological counseling. In this passage, we can find a summarization of the experiences acquired from the field working with a client. The practical part is built on the field work of which final outputs are based on interviews with a clearly defined structure with complementary answers. The bachelor thesis aims to reveal opportunities and threats of a client when he/she struggles to recover. The study also describes the fact why clients cannot effectively get into a treatment in a therapeutic community. The results of the work show that workers know how to proceed in the process of preparing a client for a treatment in a therapeutic community. In some respect, the workers participate in a client's interest or lack of interest in mediating the treatment of addiction. The outputs obtained will be used for realizing weaknesses and for reflecting on possible changes.

Key words

Contact center – therapeutic community – worker – client – preparation for treatment – addiction treatment – cooperation – recovery

Seznam použitých zkratk

CPPT Centrum protidrogové prevence a terapie

HR Harm reduction

KC Kontaktní centrum

TK Terapeutická komunita

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 11 |
| 1 Poradenství a jeho aplikace v léčbě závislostí..... | 13 |
| 1.1 Vymezení pojmů poradenství a psychoterapie..... | 13 |
| 1.2 Základní teorie poradenství..... | 13 |
| 1.3 Adiktologické poradenství..... | 15 |
| 1.4 Terapeutické přístupy a techniky v léčbě závislosti..... | 16 |
| 1.4.1 Posilování motivace jako nástroj změny..... | 16 |
| 1.4.2 Krátká terapie..... | 19 |
| 1.4.3 Pozitivní psychologie..... | 20 |
| 2 Nízkoprahové služby a terapeutická komunita v systémech péče..... | 21 |
| 2.1 Nízkoprahové služby – Kontaktní centrum..... | 21 |
| 2.1.1 Klientela a filosofie kontaktního centra..... | 21 |
| 2.1.2 Charakteristika a funkce kontaktního centra..... | 22 |
| 2.1.3 Poradenství u uživatelů drog v Kontaktním centru..... | 23 |
| 2.2 Terapeutická komunita..... | 24 |
| 2.2.1 Klientela a filosofie terapeutické komunity..... | 25 |
| 2.2.2 Charakteristika a funkce terapeutické komunity..... | 27 |
| 2.3 Klient a jeho cesta k úzdavě..... | 29 |
| 2.3.1 Koncept úzdravy obecně..... | 29 |
| 2.3.2 Koncept úzdravy v léčbě drogově závislých..... | 30 |
| 3 Individuální práce na klientově zakázce..... | 32 |
| 3.1 Případová práce..... | 32 |
| 3.1.1 Obecný rámec případové práce..... | 32 |
| 3.1.2 Průběh poradenského procesu..... | 33 |
| 3.1.3 Poradenský rozhovor a jeho úskalí..... | 34 |
| 3.1.4 Osobnost poradce..... | 35 |
| 4 Proces přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě..... | 39 |
| 4.1 Předléčebné poradenství..... | 39 |
| 4.1.1 Nový model léčby závislostí..... | 40 |
| 4.2 Zhodnocení stavu klienta..... | 41 |
| 4.3 Matching – párování potřeb..... | 42 |
| 4.3.1 Kritéria pro výběr a příjem do terapeutické komunity..... | 45 |
| 4.4 Sociální práce jako součást předléčebného poradenství..... | 50 |
| 5 Metodologie výzkumu..... | 54 |
| 5.1 Výzkumná oblast – předmět výzkumu..... | 54 |
| 5.1.1 Představení sledovaného zařízení – Kontaktní centrum CPPT, o.p.s..... | 54 |
| 5.2 Výzkumný problém..... | 54 |
| 5.3 Výzkumný cíl..... | 55 |
| 5.4 Výzkumné otázky..... | 56 |

| | |
|---|----|
| 5.5 Výzkumná metoda..... | 56 |
| 5.6 Technika sběru dat..... | 57 |
| 5.7 Výzkumný vzorek..... | 57 |
| 5.8 Analýza dat..... | 58 |
| 5.9 Etická klauzule..... | 59 |
| 6 Interpretace dat..... | 60 |
| 6.1 Proces přípravy na léčbu v TK z pohledu respondentů..... | 60 |
| 6.1.1 Proces přípravy klienta na léčbu v TK z pohledu vybraných KC..... | 62 |
| 6.2 Povědomí respondentů o TK (funkce, specifika, aj.)..... | 63 |
| 6.3 Příležitosti a hrozby na cestě ke klientově úzdavě..... | 64 |
| 7 Shrnutí a diskuse..... | 67 |
| Závěr..... | 72 |
| Seznam použité literatury..... | 73 |
| Seznam příloh | |

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

„Nemůžeme změnit svět, ale můžeme změnit sebe.“

Jique Rinpoche

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala na základě svého profesního zaměření. Pracuji jako kontaktní a sociální pracovnice v nízkoprahovém zařízení pro osoby ohrožené drogovou závislostí nebo již závislé, konkrétně v kontaktním centru. Ústřední myšlenka této práce mi byla vnuknuta při poskytování tzv. prahových služeb, tedy těch poradenských. Přistihla jsem se, že uvažuji o tom, proč naši klienti tolik nežadají o pomoc se zprostředkováním léčby závislosti. Začínala jsem být k výkonu své profese skeptická. Mimo jiné mě napadlo, že možná za nezájem klientů můžeme my pracovníci. Proto jsem se rozhodla se na toto téma zaměřit.

Je jisté, že léčba problémů spojených se zneužíváním drog je účinným prostředkem, jak snížit užívání drog a další problémové chování. Protidrogová léčba se výrazně podílí také na zlepšení osobního zdraví klientů a zlepšení sociálního fungování, snižuje též zdravotní rizika. Do léčby většinou uživatelé drog vstupují se složitou směsicí drogových i jiných problémů a léčebné intervence by měly odpovídat individuálním potřebám klientů. (Gossop, 2009).

Uživatelé drog uvádějí nejrůznější důvody, proč se rozhodnou vyhledat léčbu. Většinou přicházejí s naléhavými, akutními problémy, které se mohou týkat užívání drog nebo se přidružují tělesné a psychické potíže, také sociální tlak bývá impulsem. Přestože uživatelé drog mají kolem léčby velmi ambivalentní pocity, nepochybně si však mohou zároveň uvědomovat potřebu změny. Gossop (2009) dále říká, že lidé přicházejí do léčby s různým očekáváním a představami, co vlastně terapeutický proces znamená. Rozdíl mezi tím, co klient předpokládá, a tím, co se mu skutečně dostane, může nepříznivě ovlivnit prospívání klienta, ale také míru dodržování léčebného režimu. Ukázalo se, že klienti trpící intenzivnějšími problémy dokázali získat významně lepší kontrolu nad užíváním drog, pokud prošli vysoce strukturovaným behaviorálním poradenstvím. Výsledky intervence ovlivňuje rovněž povaha a kvalita vztahu mezi klientem a pracovníkem. Jednou z významných charakteristik pracovníka, která souvisí s dobrými výsledky protidrogové léčby, jsou jeho interpersonální dovednosti.

Proč směřovat klienty do terapeutické komunity ukazují studie zaměřené na dlouhodobé výsledky léčby drogově závislých, které zkoumají jejich úspěšnost. Studie se většinou zajímají o klienta jeden rok po léčbě a říkají, že po ukončení léčby značná část klientů terapeutických komunit abstínuje od nealkoholových drog. Pokud klienti pokračují

v užívání drog, významně se však snižuje frekvence užívání většiny návykových látek a pokud případně užívají alkohol či marihuanu, nepřekračuje to společensky tolerovaný rámec. Po ukončení léčby se také významně snížilo riziko šíření krví přenosných infekčních onemocnění, snížilo se procento injekčních uživatelů drog, zvýšila se kvalita života klientů, zlepšilo se jejich psychické i fyzické zdraví, zvýšil se také počet klientů, kteří dostali zaměstnání. Terapeutické komunity představují významný přínos nejen pro samotného klienta, ale i pro společnost (Šefránek, 2014). Kalina (2008) ve své knize v kapitole věnované úspěšnosti léčby v TK popisuje životní změny, na které má léčba v terapeutické komunitě značný vliv. Ukazuje se, že u klientů, kteří absolvovali léčbu v terapeutické komunitě, se snížilo kriminální jednání, jsou schopni navozovat zdravé přátelské a intimní vztahy, zlepšují své vztahy k původní rodině a obnovují pracovní návyky či se vracejí k přípravě na povolání.

1 Poradenství a jeho aplikace v léčbě závislosti

1.1 Vymezení pojmů poradenství a psychoterapie

Neexistuje ostrá hranice mezi psychoterapií a poradenstvím. Je však jisté, že poradenství, které je uplatňováno v adiktologii, převzalo svou podobu z různých psychoterapeutických systémů. Mezi teoriemi, metodami a typem klientů existuje určitý překryv, můžeme se setkat i s názorem, že poradci a psychoterapeuti dělají stejnou práci. Poradenství v léčbě závislosti je do těsné blízkosti psychoterapie zařazováno zejména proto, že se orientuje na vnitřní a interpersonální problémy klienta - v češtině je takové poradenství nazýváno psychologickým či lépe psychosociálním a má tedy psychoterapeutická východiska. V poradenství zabývajícím se léčbou závislosti se však vyskytuje i poradenství zaměřené na dávání rad, instrukcí a doporučení. Takové poradenství můžeme také nalézt i v řadě psychoterapeutických přístupů, kde mohou být významným prvkem podporujícím motivaci či vyjadřujícím zájem členů o jednotlivce. Poradenství a psychoterapie se tak v mnoha ohledech setkávají. Přesto lze jasně definovat rozdíl: psychoterapie představuje hlubší a zásadnější úroveň práce, trvá po delší dobu a s vážněji narušenými klienty, klade si za cíl změnu podstatných psychologických vlastností nebo osobnosti klienta a její výkon je podmíněn psychoterapeutickým vzděláním a výcvikem. Oproti tomu cílem poradenství je vést klienta ke zlepšení aktuální či dlouhodobé životní situace, k jeho autonomii a soběstačnosti (Kalina, 2013).

1.2 Základní teorie poradenství

Kompetentnost odborného poradce tvoří znalost dané oblasti a komplex sociálních, psychologických a psychoterapeutických dovedností. Je důležité, aby poradce disponoval flexibilním teoretickým rámcem, který odpovídá specifickým potřebám klienta v různých bodech terapeutického procesu. Většina poradců si je vědoma toho, že aniž by měli pestrý repertoár poradenských technik, nebudou schopni vyhovět klientovým potřebám (Millerová, 2011).

Následující tabulka uvádí přehled jednotlivých teorií, které se uplatňují v adiktologickém poradenství.

Tabulka č. 1: Základní teorie poradenství, jejich cíle a techniky

| Teorie | Cíle terapie a techniky |
|----------------------------------|---|
| <i>Psychoanalytická</i> | <p><i>Cíl:</i> Z nevědomého učinit vědomé, rekonstrukce základní osobnosti, nápomoc klientům opětovně prožít dřívější zkušenosti a zaměřit se na vytěsněné konflikty, dosáhnout rozumového uchopení problému.</p> <p><i>Techniky:</i> Interpretace, analýza snů, volné asociace, analýza odporu a analýza přenosu, diagnostika, testování.</p> |
| <i>Adlerovská</i> | <p><i>Cíl:</i> Motivovat klienta k přehodnocení jeho základních názorových východisek a životních cílů, nabízet podněty, díky nimž jsou klienti schopni stanovit si sociální užitečnější cíle, rozvoj klientova pocitu sounáležitosti.</p> <p><i>Techniky:</i> Shromažďování údajů o dosavadním životě (rodinná témata, rané vzpomínky, osobní priority), pomoc při hledání nových možností, povzbuzování.</p> |
| <i>Existenciální</i> | <p><i>Cíl:</i> Pomoc uvědomit si svobodu a možnosti, které se klientům nabízejí, stimulace k vědomí odpovědnosti za věci, o nichž se dříve klienti domnívali, že se jim jednoduše staly, identifikace faktorů stojících na cestě ke svobodě.</p> <p><i>Techniky:</i> Používá techniky z jiných přístupů, za prvořadé považuje porozumění.</p> |
| <i>Zaměřená na člověka</i> | <p><i>Cíl:</i> Umožnit klientovi posun k otevřenosti, větší důvěře v sebe sama, ochotě procházet určitým procesem, větší spontaneitě a činorodosti.</p> <p><i>Techniky:</i> Aktivní naslouchání, vyslechnutí, reflexe pocitů, vyjasňování, terapeutova účast.</p> |
| <i>Gestalt terapie</i> | <p><i>Cíl:</i> Pomoci získat povědomí o momentálních prožitcích a rozšířit jejich schopnost volby, účelem není analýza, ale integrace.</p> <p><i>Techniky:</i> K dosažení intenzivnějšího prožitku a integrace konfliktních pocitů se používá celá řada experimentů.</p> |
| <i>Terapie realitou</i> | <p><i>Cíl:</i> Pomoci pochopit efektivitu stávajícího chování, umožnit klientům znovu navázat kontakt s lidmi, které se rozhodli začlenit do svých kvalitativních světů a seznámit klienty s teorií volby.</p> <p><i>Techniky:</i> Aktivní, direktivní a didaktická terapie, vypracování konkrétního plánu pro dosažení změny.</p> |
| <i>Behaviorální</i> | <p><i>Cíl:</i> Eliminace maladaptivního chování, osvojení si efektivnější způsoby chování, hledají se faktory ovlivňující chování a jak problematické chování řešit.</p> <p><i>Techniky:</i> Relaxační metody, systematická desenzibilizace, modelování, asertivita, programy self-managementu, trénink dovedností, zadávání domácích úkolů.</p> |
| <i>Kognitivně - behaviorální</i> | <p><i>Cíl:</i> Pomáhat klientům při odhalování jejich dogmatických přesvědčení, konfrontace mylných přesvědčení a energicky je minimalizovat, uvědomovat si projevy zautomatizovaného myšlení a měnit takové myšlení.</p> <p><i>Techniky:</i> Používají se kognitivní, behaviorální a emoční techniky zaměřené na přítomnost, prevence relapsu sokratovský dialog, hraní rolí, změna jazykových vzorců a vzorců myšlení, plnění domácích úkolů, osvojování si nových dovedností zvládání náročných životních situací.</p> |

Zdroj: Corey, 2001; in Millerová, 2011

Millerová (2011, str. 58) také říká, že „dobře informovaný poradce je schopen sáhnout po teorii, která současně co nejlépe odpovídá jemu samému, klientovi i danému problému. Vytváří si tak diagnostickou koncepci a plán léčby, který skutečně působí v nejlepším zájmu klienta.“

1.3 Adiktologické poradenství

Adiktologické poradenství představuje dvě základní modalitty:

Strukturované poradenství: tvoří motivaci podporující terapie a prevence relapsu. Uplatnění nachází zejména před léčbou (např. před nástupem klienta do terapeutické komunity), a také v následné péči.

Kontaktní poradenství: jedná se o krátké intervence, obvykle probíhá při prvním setkání s klientem v nízkoprahových zařízeních. Také vychází z principů motivačních rozhovorů a často rozhoduje o dalším životě a zdraví klienta (Kalina, 2013).

Dále je adiktologické poradenství rozdělováno na čtyři formy (dle Millerové, 2011):

Krizová intervence

Čím kratší dobu se závislá osoba nachází v procesu úzdravy, tím snáze se může ocitnout v krizové situaci. V raných fázích úzdravy také na klienta působí různé "tlaky", které jej přivedly k rozhodnutí s užíváním drog přestat (např. rodina, zákon, zdraví). Předpokladem je, že se klient naučí poznávat, jaké typy situací jsou spouštěči krizových reakcí. Poradce tedy pomáhá klientovi určit, zda daná situace je, či není krize, hraje tak důležitou roli jakéhosi pevného bodu, svým klidem a vstřícností může představovat jakousi oázu. Úkolem poradce je pomoci klientovi najít způsob, jak krizi zvládat, hledat podporu u druhých, napomáhá mu, aby si uvědomil, že je schopen krizovou situaci přestát.

Individuální terapie

Individuální terapie může mít pro léčícího se klienta velký význam - může se při ní naučit aplikovat obecné i specifické uzdravovací techniky na svou životní situaci. Měla by poskytovat bezpečný a diskrétní prostor, v jehož rámci si může klient utřídit velmi citlivé a osobní problémy. Jedná se o poradenství založené na upřímnosti, na spolupráci a stimulující interakci. Individuální terapie osob závislých na návykových látkách bude pravděpodobně vycházet z poradcova teoretického rámce (viz tab. č. 1).

Skupinová terapie

Skupinová terapie umožňuje, aby se klient o sobě více dozvěděl prostřednictvím interakce s druhými lidmi. Skupina má velmi silný vliv, je zdrojem sociální podpory, zpětné vazby, naděje na změnu a univerzality - ta umožňuje klientovi nabyt pocit, že patří do

nějakého společenství a že jeho situace není nijak výjimečná. Adiktologický poradce by tedy měli být obeznámeni se základními přístupy a technikami skupinového poradenství. Vedoucí skupiny by měl aktivně naslouchat, smysluplně reflektovat situaci, napomáhat při plnění cílů a vyjasňovat, podporovat, diagnostikovat, empaticky reagovat, interpretovat, zpochybňovat, konfrontovat, podporovat, vyhodnocovat.

Rodinná terapie

Závislost málokdy vzniká ve vzduchoprázdnu, důležitou roli může pro závislého klienta hrát rodina - ta se může podepsat na problémovém užívání, utváření vzorového užívání drog a na umožňování aktivní závislosti prostřednictvím hyperprotektivních postojů. Stejně důležitou roli však hraje i v procesu uzdravování. Obecně platí, že poradce musí hledat homeostázu, tedy způsob zachování rovnováhy v rodině. Znamená to, že rodina musí zkoumat a popřípadě měnit své hranice, pravidla, role a hodnoty. Poradce se musí zabývat silnými stránkami rodiny, snaží se vypořádat, co fungování rodiny pomáhá, a co mu naopak škodí.

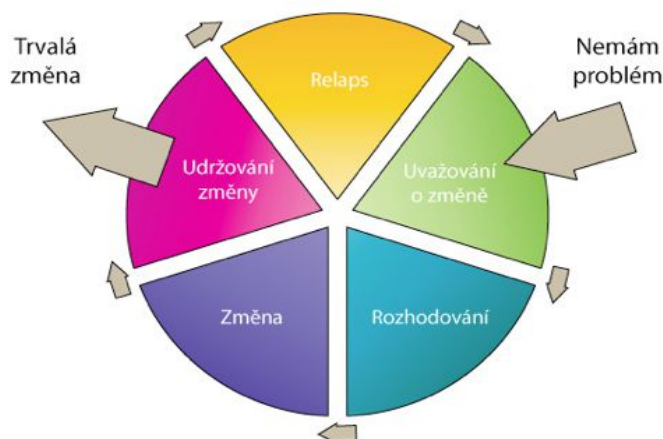
1.4 Terapeutické přístupy a techniky v léčbě závislosti

1.4.1 Posilování motivace jako nástroj změny

Neoddělitelnou součástí poskytování podpory je vztah klienta s pracovníkem. Aby pracovník mohl na klienta pozitivně působit, musí jej klient přijímat a respektovat. Pracovníci kontaktního centra mají prostor motivovat klienty vydat se směrem ven z drogového světa. Jmenujme ten nejzákladnější nástroj, který se při práci se závislými jedinci používá – posilování motivace.

Je obecně známo, že dramatické změny vyvolané situačně (např. zdravotní komplikace, určitá omezení) usnadňují překonat návykový problém. Motivace k abstinenci se v tu chvíli zvyšuje. V praxi se však můžeme mnohem častěji setkat se spontánní změnou motivace, tak jak ji popsal J. O. Prochaska a C. C. DiClemente (Nešpor, 2007). Následující schéma znázorňuje proces změn v prožívání a chování, krok po kroku, jak jedinec postupuje jednotlivými fázemi.

Obrázek č. 1: Kolozměny (model stádií změny)



Zdroj: <http://psychologie.cz/anatomie-zmeny/>

Je třeba mít na paměti, že kolo změny je cyklická reakce. Klient může v některé fázi nečekaně uvíznout a setrvat. Může se též pohybovat směrem zpět nebo se celý průběh několikrát zopakuje. Změna je velmi živý a dynamický zásah do naučeného a léta praktikovaného způsobu bytí. Pravděpodobnou příčinou může být klientova nepřipravenost k tak převratnému kroku jakým změna bezpochyby je. Stav připravenosti by měl být posuzován individuálně a s ohledem na něj by měla být zvolena odpovídající intervence. Je známou pravdou, že v určitých stádiích vývoje závislosti nemá ani sebelépe zkušený a znalý pracovník sebemenší šanci klientův postoj k droze změnit. Pro úspěch spolupráce je neméně důležité, zda se u klienta jedná o motivaci vnější (stimul) nebo vnitřní (vlastní).

Struktura motivačního tréninku

Bell a Rollnick (1999) zmiňují dvě klíčové koncepce, které je pro provádění motivačního tréninku třeba pochopit:

- 1) lidé se nacházejí v různých stádiích připravenosti ke změně,
- 2) ambivalence je normální a pochopitelná.

Principy motivačního tréninku, které určují jeho praktické vedení, vypadají takto:

- 1) *vyjadřování empatie* – postačí dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme, jak mu je,
- 2) *vytváření rozporu* – zesilujeme rozpor mezi současným klientovým chováním a jeho osobními cíli nebo představami o sobě,

- 3) *vyhýbání se sporu* – spory zvyšují klientům odpor, pro vlastní léčbu není třeba přijmout nálepku „toxikoman“ nebo „problém“,
- 4) *práce s odporem* – spíše než konfrontace pomáhá využít reflexe, odpor je něco, co vyžaduje prozkoumat,
- 5) *posilování sebedůvěry* – klient potřebuje vstřípit pocit důvěry ve vlastní plán činnosti, to jak své schopnosti jednat vnímá, ovlivňuje pravděpodobnost, že se mu podaří změnu uskutečnit (Bell, Rollnick, 1999).

V kombinaci s ostatními strategiemi (probírání typického dne, probírání problému, poskytování relevantních informací, chtěné a nechtěné následky užívání návykových látek) a komunikačními dovednostmi (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnování) se jedná o velmi účinný nástroj.

Müllerová, Matoušek, Vondrášková (2005) dále rozvádějí práci s klientovou motivací následovně:

- 1) Převažují – li u klienta zisky z užívání návykových látek nad ztrátami, nezbývá než čekat na další klientův vývoj, udržovat jej v kontaktu a snažit se o minimalizování rizik spojených s užíváním drog.
- 2) Jestliže klient již pociťuje, že drogy přinášejí problémy, doporučuje se vyvíjet rozpory mezi tím, co klient říká a koná. Není však vhodné vyvíjet tlak či používání odstrašujících diagnostických označení. Naopak žádoucí je podporovat klientovu sebedůvěru, zároveň je důležité zůstat v empatickém naladění a využívat všech prvků aktivního naslouchání.
- 3) V určitou chvíli u klienta začnou převažovat ztráty, klient začne hledat způsoby, jak dostat užívání drog pod kontrolu. Zde může pracovník klienta podpořit tím, že mu nabídne pomoc s řešením druhotných potíží (zdravotních, sociálních) a současně předává informace o dostupných formách léčby. Tyto informace však musí být přesné, aby u klienta nedocházelo ke zkreslení a zbytečným obavám. Zároveň je nezbytné, aby pracovník na klientovo odhodlání reagoval bezprostředně a neztrácel čas dlouhým prověřováním klientovi motivace. Může tak promeškat interval, v němž byla klientova připravenost k léčbě nejintenzivnější. Dlouhodobé užívání drog vede ke snížení motivace k čemukoli, snižuje i energii, proto je možné, že klientovo odhodlání přestat užívat drogy se v dohledné době nebude opakovat.
- 4) Ideálním stavem je uzavření kontraktu mezi klientem a pracovníkem. Před nástupem na léčbu by měl být klient intenzivně připravován na nároky, které s sebou dlouhodobá léčba nese. Pokud se klientovi podaří osvojit si některé aspekty svojí budoucí role klienta terapeutické komunity, snáze se do programu zapojí a riziko vypadnutí z léčby je menší.

Nešpor (2007) intervence ve vztahu ke stadiu motivace popisuje takto:

| | |
|--|---|
| <i>Když klient nestojí o změnu:</i> | Vyvolávat pochybnosti o návykovém chování, pomoci klientovi, aby lépe vnímal rizika a problémy. |
| <i>Když se klient rozhoduje, váhá:</i> | Pomoci rozhodnout se pro změnu, připomínat důvody ke změně a rizika toho, kdyby nenastala. Posilovat sebedůvěru při překonávání problému. |
| <i>Když už se klient rozhodl:</i> | Pomoci rozhodnout se pro nejvhodnější jednání, jímž se dá docílit pozitivní změny. |
| <i>Když již klient jedná:</i> | Pomoci pozitivní změnu uskutečnit. |
| <i>Když klient udržuje změnu:</i> | Pomoci chápat a užívat strategie k prevenci recidivy. |
| <i>Když klient změnu neudrží:</i> | Pomoci recidivu rychle zastavit. |

Motivační rozhovory jsou výborným přístupem pro časně fáze změny. Nejfrekventovanější klientelou kontaktního centra jsou právě jedinci ve fázi prekontemplace (nestojí o změnu) a kontemplace (váhá, rozhoduje se). V těchto fázích je rozhodující přístup a správně zvolená intervence, neboť tito klienti nechtějí být poučováni, káráni, nechtějí být tlačeni k závazku, který v danou chvíli nekoresponduje s jejich nastavením nitra. Nekonfrontační přístup ze strany poradce vede přinejmenším k motivování začít zvažovat svou situaci a možnosti.

1.4.2 Krátká terapie

Tento typ terapie bývá označován také jako terapie zaměřená na řešení. Dochází při ní k omezenému počtu poradenských sezení, kdy je pozornost věnována specifickým cílům za účelem posílení klientových schopností zvládat zátěžové situace. Pro krátkou terapii jsou charakteristické následující aspekty:

1. terapie je časná a rychlá,
2. terapeuti vystupují aktivně a direktivně,
3. cíle jsou specifické a časově omezené,
4. zaměřuje se na řešení věcí „tady a teď“
5. účelem je snižovat symptomy a posilovat schopnosti zvládat zátěžové situace,
6. poradce zůstává zaměřen na dané cíle, zhodnocuje problémy a dostupné prostředky k jejich řešení, obstarává informace nezbytné k tomu, aby se mohlo na dané situaci pracovat a uplatňuje flexibilní intervenční přístup (Millerová, 2011).

Krátká terapie se dobře osvědčila při práci v rámci krizové intervence k vyjádření naděje, poskytování podpory a posilování sebevědomí klientů. Klade důraz na pozitivní aspekty. Poradci praktikující tento přístup věří, že změny návyku je možné dosáhnout postupnými

drobnými změnami. Prostřednictvím krátkých intervencí je možné zaměřit se např. na umírněné užívání, přičemž umírněné užívání může vyústit v postupný přechod do abstinence. Zároveň v zájmu dosažení efektivity krátkodobých intervencí je důležité ve vztahu k závislému chování stanovovat cíle, průběžně kontrolovat, jak jich je dosahováno a jednotlivé kroky načasovat. Krátká terapie obsahuje šest aspektů, jež vystihují její podstatu a teoretické zaměření. Jsou jimi zpětná vazba (F – feedback), odpovědnost (R – responsibility), rada (A – advice), nabídka (M – menu), empatie (E – empathy) a sebeúčinnost (S – self-efficacy). Při uplatňování krátké terapie poradce postupně definuje problém, zkoumá, jak se klient snaží tento problém řešit, má jasnou představu o změně, již má být dosaženo a vypracovává plán k realizaci této změny (Millerová, 2011).

1.4.3 Pozitivní psychologie

Lidé musejí mít pozitivní důvod k životu. Cílem pozitivní psychologie je prosazovat kvalitní život, nejen řešit problémy. Pomáhat lidem neznamená jen eliminovat nebo snižovat jejich utrpení, ale také pomáhat jim vést plnohodnotný život. Zastánci tohoto přístupu mezi ochranné prvky proti duševní nemoci řadí odvahu, myšlení na budoucnost, optimismus, interpersonální dovednosti, víru, pracovní etiku, naději, poctivost, vytrvalost a schopnost optimálního prožitku a vhledu. Prostřednictvím tohoto přístupu jsou poradci schopni klientům pomoci najít pozitivně hodnocené prožitky (z minulosti, přítomnosti, budoucnosti), rozvíjet pozitivní osobnostní vlastnosti a občanské ctnosti, zjišťovat, v čem jsou úspěšní, pěstovat pocit naděje (Millerová, 2011).

2 Nízkoprahové služby a terapeutická komunita v systémech péče

Je potřeba, aby každá péče, a to nejen o uživatele drog, byla ucelená, komplexní, tedy schopná pokrýt různorodost cílových skupin. Ta pro osoby závislé na návykových látkách musí zohledňovat stupeň rozvoje závislosti a rozsah problémů s ní spojených. Zároveň je třeba, aby byla provázaná a jednotlivé formy péče na sebe navazovaly. Provázanost je důležitá i s jinými systémy péče, protože klienti před léčbou, během léčby, ale i po léčbě vyhledávají pomoc na různých místech, jako jsou např. zdravotnické, psychiatrické a psychoterapeutické služby. Specifické potřeby jednotlivých cílových skupin vyžadují mimořádně širokou nabídku léčebných zařízení a programů. Zatímco klienti před léčbou často navštěvují kontaktní a poradenská centra, po léčbě jsou to střediska následné péče. Je důležité, aby léčebná péče byla místně i časově dostupná. Péče by se také měla vyvíjet v čase a pružně se přizpůsobovat aktuálním potřebám (Bém, 2003). Raimo (2001; in Kalina, 2008, str. 294), říká, že „není to TK samotná, co je nejúčinnější léčbou závislosti, ale TK ve spojení s celým spektrem jiných služeb.“ Na otázku „jaká léčba je účinná“ lze odpovědět, že taková, která je uvedena přípravným poradenstvím, ve které klient setrvává, která vede ke zlepšení klientových problémů a na kterou bezprostředně navazuje následná péče (Kalina, 2008).

2.1 Nízkoprahové služby – Kontaktní centrum

Vlastní činnost nízkoprahových zařízení je koncepčně určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám, které ještě nedospěly k rozhodnutí přestat užívat návykové látky a jsou schopny akceptovat pouze nízkoprahové aktivity terapeutické a pomocné. To, co je pro problémové uživatele návykových látek atraktivní, je skutečnost, že v zařízení, které má principy práce nastaveny hodně nízko, není abstinence podmínkou pro vstup do služby a současně je umožněn anonymní kontakt (Libra, 2003).

Kromě výše zmíněných lze mezi nízkoprahovost řadit i fakt, že služby jsou poskytovány zdarma, jsou dostupné v místech s největší koncentrací problémového užívání a časově se provoz mnohdy pohybuje až do večerních hodin, kdy klient může přijít kdykoliv bez objednání.

2.1.1 Klientela a filosofie kontaktního centra

Cílovou skupinou kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, a to s vysoce rizikovým scénářem (tzn. nitrožilní uživatelé, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie, ohrožení sociálně patologickými jevy). Značná část

klientely kontaktních center jsou tedy jedinci, kteří návykové látky aktivně užívají a nacházejí se ve fázi prekontemplace či kontemplace. Velkou roli tak v nízkoprahovém zařízení hraje princip Harm reduction, jež neusiluje o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale snaží se pracovat tak, aby negativní důsledky užívání drog byly co nejmenší, na zřeteli má spíše zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné a duševní pohody klienta. Základními principy a strategiemi Harm reduction dle Hrdiny (2003) jsou:

- 1) HR je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti (snižuje negativní konsekvence závislého chování),
- 2) HR považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícím klientem (nabízí ochranu poškození zdraví drogou a ochranu před rozvojem závislosti, předává informace a motivuje klienty k méně rizikovému chování),
- 3) HR uplatňuje nízkoprahový přístup (pracuje s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém se nachází a za podmínek, na nichž se dohodnou dle potřeb).

Model Harm reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za dobrý, správný krok (Hrdina, 2003).

2.1.2 Charakteristika a funkce kontaktního centra

Kontaktní centra jsou označována jako „dveře do systému služeb“. Jedinci, který užívá návykové látky, často trvá delší dobu, než se odhodlá navázat kontakt s bezdrogovým světem a centrum osloví. Tím, že přijde do služby, nepřímo potvrdí, že je uživatel a drogy mu již způsobují nějaké potíže (zdravotní, sociální, konflikt se zákonem). Jestliže se uživatel na kontaktní centrum obrátí, dá se předpokládat, že jej přivádí ambivalentní potřeba změny (Broža, 2003).

Do spektra služeb poskytovaných kontaktními centry jsou zahrnovány:

- Kontaktní práce
- Výměnný injekční program
- Základní zdravotní péče
- Základní poradenství
- Strukturované poradenství a motivační trénink
- Další krátkodobé intervence
- Sociální práce
- Doplnkové služby

Pokud hovoříme o technikách práce s klientem v kontaktním centru, je naprosto nezbytné zmínit fakt, že pro navázání dobrého kontaktu s jedincem a budování důvěry mezi ním a pracovníky je základem respektování klientovi volby, ať už se rozhodne pro abstinenci či pokračovat v aktivním braní drog. Pracovník má však právo nabízet odbornou péči v podobě terapeutické intervence (Libra, 2003). Zjednodušeně řečeno, je jeho úkolem zajímat se, v jaké fázi se klient nachází, zda je např. již připraven na změnu. Cílené kontinuální působení a podpora jsou velmi důležité, zejména pokud klient tápe, není si jistý a má nejrůznější obavy. Ač velmi obyčejné vzájemné lidské setkání, pro klienta je zážitkem zcela neobyčejným. Pracovníkův zájem je pro klienta často hybným motorem na cestě uvědomění si negativních důsledků své závislosti, může být posilujícím faktorem v rozhodování, zda přestat užívat drogy. Vstup do poradenského procesu bývá pro klienta velmi významným krokem.

2.1.3 Poradenství u uživatelů drog v kontaktním centru

Ve výčtu služeb poskytovaných uživatelům návykových látek je poradenství neopomenutelným zástupcem činností, jež mají za úkol zlepšit životní situaci klienta.

V kontaktním centru je poradenství chápáno jako jakási nadstavba, vyšší stupeň intervence. Broža (2003) uvádí, že nejčastěji se v kontaktním centru můžeme setkat s klienty, kteří jsou se svým životním stylem spojeným s užíváním drog nespokojeni a volají po zásadním zvratu. Setkávat se ale můžeme i s klienty, kteří jsou k léčbě nemotivovaní (přicházejí nedobrovolně) či jejich motivace vyvolává pochybnosti. Motivace tedy u různých klientů může být v různých fázích, stejně tak jako závislost v různých stupních („experimentátor, rekreační uživatel, problémový uživatel až po jasně diagnostikovatelnou závislost“). S ohledem na popsání skutečnosti výše zmiňovaný autor dále míní, že proto není možné používat jednoho přístupu, vždy je třeba vycházet z aktuálního stavu, subjektivního prožívání klienta, nastavení jeho psychiky a zejména z jeho možností a limitů (zdravotních, sociálních).

Pokud se však podaří s klientem navázat bližší kontakt a následnou spolupráci, často má poradenství formu od podávání základních informací k motivačním rozhovorům a od jednorázové intervence k systematické, strukturované, dlouhodobější spolupráci s jasně definovanými cíli. Vyžaduje to však od pracovníka značnou míru citlivosti. Cílem vzájemného kontaktu je hledání možností, které by klientovi umožnili posunout se blíže ke spokojenějšímu prožívání života (Broža, 2003).

Poradenství v nízkoprahovém zařízení si klade za cíl předat klientovi srozumitelné informace o jeho stavu, dalším vývoji a možnostech ovlivnění. Tyto informace by měly přispět k tzv. aha efektu, kdy u klienta dojde ke změně postoje a chování, posílí se jeho osobní rozhodnutí a aktivita. Měl by být obeznámen s nabídkou léčebných programů a služeb, neměl by však být do nich tlačěn. Při poradenství s uživatelem návykových látek

je také důležité mít zvědomené, že klientova očekávání změny většinou nejsou realistická a často předpokládá konečné řešení své situace - klient má tendence přenášet odpovědnost za řešení své situace na poradce. V poradenském procesu je však aktivita očekávána spíše od klienta samotného. Také podceňování reálné situace, je častou charakteristikou klientů navštěvujících kontaktní centra. Klienti mívají tendenci vnímat svou situaci lépe, než ve skutečnosti je. Jedním z cílů poradenství by mělo být pomoci klientovi přijatelným způsobem si svou reálnou situaci uvědomit. Důležitým předpokladem efektivního poradenství je oboustranně přijatelné vytyčení společných cílů, které jsou mnohdy odvislé od potřeb a motivace klienta (Broža, 2003).

Za důležité zde považuji zmínit také skutečnost, že klienti, kteří by potřebovali poradenství, o žádnou pomoc nežádají; klienti, kteří by měli pravidelně docházet do ambulance, žádají pouze o radu; klienti, kteří by měli být zařazeni do intenzivního ambulantního programu, žádají jen o občasné ambulantní schůzky a klienti, kteří by měli být léčeni intenzivně ve specializovaném zařízení, žádají o intenzivní ambulantní léčbu. Takto schematicky popsany fenomén lze obrazně nazvat "krokem pozadu" (Broža, 2003).

Za hlavní pravidla poradenství s uživateli drog v kontaktním centru lze označit:

- vytvoření důvěryhodného a bezpečného prostoru pro klienta a jeho aktivitu, postupné přenášení odpovědnosti za rozhodnutí a jejich realizaci na klienta,
- vytváření ve spolupráci s klientem jasně strukturované, krátkodobé a skutečně dosažitelné cíle,
- zhodnocování dosažení klientových pokroků,
- posilování reálných osobních možností klienta,
- nabízení dalších možností rozvoje, motivování k dalším formám péče.

Poradenství v kontaktním centru nemusí nutně vést k dosažení abstinence. Klient by však měl být informován o tom, že nejbezpečnější a nejúčinnější je drogy nebrat. Abstinence je nezbytným předpokladem k dosažení širších změn (Broža, 2003).

2.2 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita jakožto specializované, specifické, pobytové zařízení, se zabývá léčbou závislosti vedoucí k abstinenci, orientuje se též na sociální rehabilitaci jedince. Léčba v takovém zařízení může být střednědobá až dlouhodobá (6 – 18 měsíců) a cílovou skupinou jsou závislí se středním či těžkým stupněm závislosti. Není výjimkou, že klient terapeutické komunity má kriminální minulost, psychosociální i somatické poškození. Věkové rozmezí cílové skupiny se pohybuje mezi 18 – 35 lety (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

2.2.1 Klientela a filosofie terapeutické komunity

Klienti TK jsou často osobami trpícími vážnějšími psychickými poruchami, mívají vysoké skóre na škálách anxiety a deprese, nízké skóre socializace, intelekt se pohybuje od sníženého po normální, vykazují známky zmatení, poruchy osobnosti, narušené myšlení a afektivitu, sebehodnocení mají nízké nebo nereálné, objevuje se disociální chování, nezralost projevující se nízkou tolerancí všech forem nepohody, problémy s autoritami, neschopnost zvládat pocity, špatná kontrola impulzů, převažuje manipulativní zvládání situací, podvádění a lži. Deficity se ukazují i v komunikačních dovednostech. Syndrom závislosti, který je na počátku faktickým důvodem pro léčbu v TK, v léčbě samotné ustupuje do pozadí jako projev, nikoliv jako podstata poruchy - ukazuje se, že zneužívání návykových látek má své kořeny v jiných, obecnějších problémech, odráží obecnější problém zvládání životních situací, je poruchou celé osoby, do popředí vstupují psychologické problémy a problémy s chováním. Typickým psychologickým rysem problémových uživatelů a závislých je nezralost a problémy spojené s charakterem a životním scénářem. Terapeutické komunity sdílejí humanistické pojetí člověka, provádějí klienta na jeho cestě ke zralosti. Vliv léčby v TK na osobnostní charakteristiky a fungování je podstatný, nemůže však napravit všechny kritické nedostatky osobnosti (Kalina, 2008). Výčet principů, kterými se TK řídí, znázorňuje tabulka č. 2.

Terapeutická komunita v širším slova smyslu představuje systém organizace léčebného oddělení, v užším psychoterapeutickou metodu. Jde tedy jednak o společenství, jednak o terapii. Smyslem terapeutické komunity je pak „být místem změny“, vyjadřuje víru v možnost změny a osobního růstu, je místem naděje. (Kalina, 2008).

Tabulka č. 2: Léčebné filosofie terapeutických komunit

| | |
|--|---|
| <i>Diagnóza není rozhodující</i> | <ul style="list-style-type: none"> • TK pracují s různými diagnostickými okruhy. • Diagnóza má omezenou výpovědní hodnotu (všichni ji mají). • Stigmatizační dopad diagnózy je pro příznivý vývoj klienta nežádoucí. |
| <i>Symptomy nejsou v popředí pozornosti</i> | Význam se přikládá prezentaci a smyslu symptomů v interpersonálním a sociálním kontextu. |
| <i>Rozhodující je zdraví, nikoliv nemoc</i> | TK rozvíjejí potenciál člověka ke zdraví (hledá jej, nalézá a podněcuje), růstu, seberealizaci a vnitřní svobodě. |
| <i>Člověk je bio-psycho-sociální entita</i> | Člověk je chápán jako celek, přistupuje se tak k němu holisticky/bio-psycho-socio-spirituálně. |
| <i>Ohniskem problému či poruchy je osoba a její vztahy</i> | Léčba se zaměřuje na individuální Já a jeho vztahy včetně vztahu k sobě samému a ke svému životnímu příběhu. |
| <i>TK je místem změny</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní změny u jednotlivých účastníků jsou navozovány prostřednictvím sítě vztahů, vzájemnou interakcí, strukturou (pravidla, role, povinnosti) a hodnotami v komunitě. • Problémy a obtíže, které v dřívějších interpersonálních kontextech vznikly a udržovaly se, se mohou měnit, učení v situaci "ted' a tady". |
| <i>Změna se upevňuje v prostředí mimo TK</i> | Pozornost je věnována zdravému a hodnotnému životnímu stylu po léčbě v TK, koncept "správného života". |
| <i>Změna se promítá do celoživotního scénáře</i> | Úzdrava je částí kontinuálního, celoživotního procesu osobního růstu. |

Zdroj: Kalina (2008)

2.2.2 Charakteristika a funkce terapeutické komunity

Terapeutické komunity umožňují svým klientům růst a zrání v bezpečném, chráněném a podnětném prostředí. Je důležité, aby klienti TK cítili přijetí a porozumění, i když jsou vystaveni kritickým zpětným vazbám. Klíčovou důležitostí má poznání, že ostatní v komunitě mají stejně zkušenosti a rozumějí, čím klient prošel a čím prochází nyní. V literatuře USA se objevuje koncept „uzdravující zkušenosti“, která představuje zdroj přimknutí ke komunitě a jen díky ní se může odehrát proces změny. Zahrnuje oblast *péče*, ta má zajistit saturaci základních životních potřeb. Klient se uvolňuje od starostí, nepohody, nejistoty, které předtím naplňovaly jeho každodenní život. Dále je to oblast *fyzického bezpečí*, což znamená, že je klient v komunitě chráněn před násilím, zneužíváním, pronásledováním. To napomáhá rozvoji psychologického bezpečí. Poslední oblast, již zmíněné *psychologické bezpečí*, je prostorem, kde klient může vyjadřovat své úzkosti a potřeby, může odhalovat své nedostatky bez zraňujících důsledků, setkává se s empatií, lidským soucitem, podporou a potvrzováním (Kalina, 2008). Podrobněji léčebný proces v TK popisuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Léčebný proces v terapeutické komunitě

| | |
|------------------------------|--|
| <i>Expozice</i> | <ul style="list-style-type: none">• počáteční vystavení "podobným druhým" |
| <i>Motivace k setrvání</i> | <ul style="list-style-type: none">• zážitek naděje• vnímání možné sebezměny• počáteční angažování do komunitních aktivit |
| <i>Uzdravující zkušenost</i> | <ul style="list-style-type: none">• péče• fyzické bezpečí• psychologické bezpečí |
| <i>Připojení ke komunitě</i> | <ul style="list-style-type: none">• prožívané přimknutí• spojení ve prospěch vlastního růstu |
| <i>Ponoření do procesu</i> | <ul style="list-style-type: none">• plná účast v komunitních rolích• změny emocí, postojů, chování• pocit osobního přínosu |
| <i>Internalizovaná změna</i> | <ul style="list-style-type: none">• vnímaná pozitivní změna identity a integrity |

Zdroj: De Leon, 2000; in Kalina, 2008

Dalo by se říci, že terapeutická komunita usiluje u svých klientů o změnu self - „sebezměnu“. Změna se musí odehrát v následujících kategoriích:

Sebepéče: Klient se musí naučit o sebe pečovat ve smyslu osvojení si osobní hygieny, uklízení, oblékání. Dobrá péče o sebe vyjadřuje změnu v prožívání a vnímání vlastní hodnoty.

Sebesledování: Klient musí být citlivý ke svým impulzivním reakcím (nadávání, vyhrožování, posměch, útok, atd), musí se naučit sledovat svoje reagování na to, co dělají nebo říkají druzí. Pak může porozumět tomu, že příčinou jeho potíží nejsou druzí lidé.

Sebeřízení: Klient se musí naučit přemýšlet o důsledcích, než začne jednat. Musí se naučit odkládat okamžité emoční uspokojení. Jedině tak si může uvědomit, že může být sám sobě nebezpečný.

Sebeporozumění: Klient musí rozumět spojitostem mezi svou minulou zkušeností a současným chováním. To pomůže klientovi vidět souvislosti svého života.

Sebepojetí: Klient musí najít pozitivní smysl svého života a uvědomovat si vlastní hodnotu. Tak může věřit, že dokáže změnit svůj život a může přispět i ke změnám v životě ostatních (TCC, 2006; in Kalina, 2008).

Výchozí strategií, na které je léčba postavena, je důraz na rozvoj sociálních dovedností prostřednictvím sociálního učení, jež má jasná a srozumitelná pravidla. Odborná péče v terapeutické komunitě je postavena na strukturovaném týdenním programu, jehož součástí je režim a dále jednotlivé terapeutické aktivity. Program terapeutické komunity má také pevně stanovenou strukturu práce. V každou chvíli se něco děje. Jedná se o velmi živý, unikátní organismus. Léčba se skládá z několika fází, jež mají svůj význam. Každá z nich má svá pravidla, práva a povinnosti. Jsou výrazem toho, že se klient v léčbě posouvá a postupuje na cestě k uzdravě (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003).

Terapeutická komunita je chápána jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace. Má tedy psychoterapeutický (porozumění sobě samému a druhým lidem) a resocializační (příprava na život po ukončení léčby - „tam a potom“) rozměr. Věnuje se vývoji osobnosti a emocí, zaměřuje se na chování, na spirituální rozměr osobnosti, etiku a společné hodnoty, na dovednosti přežít a být profesně zajištěn. Tyto složky jsou zcela zásadní pro efektivní léčbu (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003). Kalina (2008) dále uvádí, že cílem léčby v TK není pouze úprava příznaků či redukce problémového chování. TK pro drogově závislé si nekladou za cíl „vyléčení“ syndromu závislosti, ale soustředí se na uzdravu v širším pojetí. Drogově závislé tak nejen léčí, ale i vychovává.

2.3 Klient a jeho cesta k úzdavě

2.3.1 Koncept úzdavy obecně

Ve své práci velmi často používám termín úzdava. Považuji za nutné zde osvětlit, co si pod tímto termínem představit a z čeho se koncept úzdavy vyvinul. Termín úzdava, zotavení se používá zejména v souvislosti s duševním zdravím. Ve světě se objevuje již desítky let, u nás je zatím novinkou. Koncept úzdavy vnesl do péče o lidi s duševními poruchami nový, převratný úhel pohledu, a to přinejmenším ve třech ohledech: *zaměření na přednosti člověka, podpora subjektivního hlediska klientů jako vodítka pro směřování léčby, dodávání naděje* (Foitová a kol., 2014).

Charakteristickým rysem vážného duševního onemocnění je jeho dlouhodobý průběh, zhoršení běžného fungování a vážná diagnóza. Ukázalo se však, že zaměření na deficity, problémy a poruchy – na to, co je „pokažené“, samo o sobě nestačí, dokonce může být někdy kontraproduktivní ve smyslu „dokud se neodstraní příznaky nemoci, nelze se o nic snažit“. S tímto úzkým zaměřením jsou přehlíženy jiné důležité stránky života – v čem je člověk dobrý, zdatný, nadaný, co ho i přes jeho nemoc baví, po čem touží, o co chce usilovat. Přitom právě tyto přednosti přinášejí naplnění, uspokojení, kontakt s druhými lidmi, pocit užitečnosti a vlastní hodnoty. Na pojem zotavení lze nahlížet z několika stran. Tzv. klinické zotavení (používá se hlavně v psychiatrii) chápeme jako stav či výsledek a zahrnuje oslabení symptomů, znovuoobnovení sociálního fungování, též návrat k normálu. Naproti tomu osobní zotavení je chápáno jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojivého, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí“ (Anthony, 1993; in Foitová a kol., 2014). Osobní zotavení je pojem používaný a významný i v nepsychiatrických profesích.

U klinického zotavení, které je měřitelné, se u pacienta posuzuje přítomnost následujících znaků:

- je bez symptomů,
- je bez medikace,
- samostatně bydlí,
- pracuje,
- sociální vztahy má na uspokojivé úrovni,
- je bez sociálně rušivého chování (Harding, 2003; in Foitová, 2014).

Naproti tomu osobní zotavení je cesta, životní postoj, přesvědčení, víra, je to objevování životní pohody a lásky k životu i se symptomy a občasným zhoršením stavu. Rehabilitační

a další služby zotavení, úzdravě pouze pomáhají, jeho aktérem je však samotný uživatel. Základními atributy osobního zotavení jsou:

- naděje, tedy důvěra, že bude lépe, je třeba se na něco těšit, mít vizi,
- zplnomocnění (zmocnění) – zvládnou to sám, rozhodnu se sám,
- zodpovědnost – nesení rizik, učení se z chyb, mám život ve svých rukou,
- smysluplná životní role – normální životní role nesouvisející s nemocí (Foitová a kol., 2014).

2.3.2 Koncept úzdravy v léčbě drogově závislých

U klientů, absolvujících terapeutickou komunitu, je nutné rozlišovat, zda procházejí změnou viditelnou nebo prožívanou v modelovém chráněném prostředí. TK vytváří pro úzdravu pouze úvod a předpoklad, rozhodujícím kritériem je však samostatný život klienta v realitě mimo terapii. Tento rozdíl s sebou nese při přechodu z TK do běžného života pro většinu klientů zkušenost, jak obtížné je změnu udržet. Pod pojmem úzdrava si lze představit „vést zdravý a hodnotný životní styl“, který je základem pro duševní zdraví. Kalina (2008) úzdravu chápe jako:

- 1) udržení celkové změny sebepojetí, vztahů a chování v podmínkách reálných interpersonálních a sociálních kontextů,
- 2) obnovu ztracených schopností a dovedností potřebných pro život nebo jejich nabytí, pokud předtím nebyly,
- 3) uplatnění morálních hodnot a norem (např. pravdivost, čestnost, otevřenost, altruismus, odpovědnost, soběstačnost, aj.) pro lepší a zralejší rozhodování,
- 4) symptomatickou úlevu ve smyslu získání odstupu od příznaků poruchy (craving, úzkost, deprese, aj.),
- 5) abstinenci – zdržení se zneužívání psychoaktivních látek je předpokladem pro udržení úzdravy stejně jako je důležitá abstinence od jiných forem chování, které člověka poškozují a působí jako spouštěcí mechanismy dekompenzace či recidivy,
- 6) rozvoj osobní identity a celkové změny životního stylu.

Jinými slovy, jak píše Kratochvíl (in Kalina, 2008, str.88): „pozná-li člověk důkladněji, jaké je vlastně jeho sociální chování, z čeho v minulosti vzniklo a jaké má sociální důsledky, a naučí-li se novým užitečným sociálním dovednostem, které dříve neovládal, neznamená to ve svých důsledcích jeho omezování, nýbrž naopak rozšiřování jeho možností volby. Jeho život se může stát bohatším i svobodnějším.“

Léčba v terapeutické komunitě má vést ke změně životního stylu. K tomu je potřeba osobnostního růstu klienta. Žít životem bez drog a jiného destruktivního chování není

jediným cílem léčby v terapeutické komunitě. Klienti by se měli po dobu pobytu naučit rozšiřovat pozitivní životní styl, zvládat stres konstruktivní způsobem, pracovat na svém sebepojetí ve smyslu pozitivního vnímání sebe sama a navazovat uspokojivé blízké vztahy s ostatními lidmi. Klient terapeutické komunity se učí znovu cítit důvěru v sebe a druhé. Dalo by se říci, že absolvent terapeutické komunity, vnímá sám sebe pozitivně, je emočně otevřený, schopen dávat a přijímat lásku, zvládat konflikty a bolestivé zážitky, dokáže si říci o pomoc a dát najevo druhým, co potřebuje. Je sebejistý a cítí odpovědnost za svůj život. Teprve pokud toto zvládá, pak můžeme mluvit o úzdavě (Kooyman, 2004).

3 Individuální práce na klientově zakázce

3.1 Případová práce

3.1.1 Obecný rámec případové práce

Zaměření se na případ, na jedince, je způsob, jak věnovat soustředěnou pozornost člověku, jež takovou službu potřebuje. Odpověď na otázku, co je úkolem případového pracovníka, by mohla znít: zabývat se komplikovanými problémy klienta v celém jeho spektru. Případový pracovník řídí sociální intervenci, klient je naopak ten, který určuje, co bude jejím výsledkem. Předpokládá se, že klient je schopen směřovat své kroky, je schopen se rozhodovat, definovat své cíle i jich dosahovat. Síla člověka je velmi významná. Podaří – li se u klienta rozpoznat problém, měli bychom jej povzbuzovat k sebedůvěře, pomáhat mu prozkoumat dostupné zdroje a vyhodnocovat možnosti, které má. Důležité je vyzdvihnout to zdravé, co v jedinci je (Havránková, 2003).

Při případové práci pracovník vytváří prostor pro:

- poskytnutí psychické podpory, vyjádření zájmu,
- explorování problému, ventilaci pocitů,
- přímé ovlivnění klienta (např. vyjádřením názoru, poskytnutím řešení, aj.),
- reflexi souvislostí (zejména vztahů mezi prožitky a tím, co se děje v okolí, vlastních reakcí, motivů a osobního vývoje).

Z toho vyplývá, že případová práce je proces, který má svůj vývoj. Základním atributem při práci s případem je poradenství. To může být dále doplňováno dalšími postupy. Vedení případu má několik úrovní, které lze shrnout do čtyř následujících včetně náplně jednotlivých fází:

a) sociální studie zahrnuje mapování problému, zkoumání míry motivace ke změně. Zcela zásadní je vtáhnout klienta do děje, aby nebyl pasivním příjemcem, ale podílel se na řešení svého problému. Sběr anamnestických dat by měl zachytit pouze nezbytně potřebné body. V úvodní fázi je klient nejzranitelnější, mohl by být nadbytečným „vyptáváním“ odrazen od případné spolupráce.

b) vyšetření obsahuje přesné vymezení problému a stanovují se cíle, které odpovídají klientovým potřebám. Vyšetření je chápáno jako vodítko pro potřebnou intervenci.

c) *intervence* je zásadním léčebným prostředkem. Spočívá v rozhovorech, ve vztahu, v uklidňování hladiny emocí. Jedná se vlastně o terapii a napojování klienta na další speciální služby.

d) *ukončení* je fází závěrečnou. Ukončení by mělo nastat, může – li se klient s uspokojením ohlednout za tím, co bylo uděláno a pracovník se může spolehnout, že klient je kompetentní si v různých situacích poradit sám. Pro případ krize však zůstává pracovník pro klienta útočištěm. Na závěr by měl být klient oceněn a podpořen. Důležité je vyzdvihnout jeho klady. Kvalitní příprava na změny vyžadující delší časový horizont je vždy žádoucí (Havránková, 2003).

3.1.2 Průběh poradenského procesu

Dobře zvládnutá komunikace s klientem je zásadní pro celý průběh poradenství. Navázání vztahu s klientem je potřeba pro efektivní spolupráci. Nástrojem pro to, abychom pochopili, přijali jeden druhého, je *rozhovor*. Ten představuje jakýsi most, který spojuje rozdílné světy zúčastněných, umožňuje sdělování, sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí. V případové práci má sloužit k formulování toho, co klient potřebuje a co je schopen akceptovat. Pro to, aby pracovník zachytil podstatné klientovy potřeby, je také nesmírně důležité *aktivní naslouchání*. Umění této dovednosti spočívá v poskytování dostatečné zpětné vazby při vnímání toho, co klient vysloví. Pracovník je tak plně soustředěn na klienta, co říká, vnímá pozorněji než vlastní myšlenky, zaměřuje se na to, co klient cítí. Pracovník pro podporu a povzbuzení klientovi komunikace používá různých technik – objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování. Je žádoucí, aby při interakci s klientem bylo užíváno spíše *otevřených otázek*, které dávají prostor pro konverzaci směřující k námětu, který je pro klienta důležitý (Havránková, 2003).

Hartl (2003) zmiňuje, že poradenství je jednou z cest, jak pomoci lidem překonat jejich problémy, jak definovat jejich osobní cíle a jak je naplňovat. Základním předpokladem je přesvědčení, že každý jedinec má právo utvářet svůj vlastní osud. Poradenství jako profesionální vedení se ukazuje jako dobrá strategie, má svou nezastupitelnou roli při práci s klientem. Jako cenné se během poradenství zdá býti i využití psychologických poznatků – to vše má za úkol dostat klienta na nejvyšší možnou míru osobního štěstí a sociální užitečnosti.

Samotný poradenský proces se skládá z několika po sobě jdoucích kroků (McMahon, 1990; in Havránková, 2003):

- 1) navázání vztahu,
- 2) zjišťování informací, popis a hodnocení problému,
- 3) stanovení cílů a intervencí,
- 4) vlastní průběh řešení, smíření se s okolnostmi, jež nelze změnit,
- 5) zpětná vazba, zhodnocení průběhu práce a závěr.

Povinností poradce je podněcovat klienta, aby zahájil cestu směrem ke zvolenému cíli, připomínat mu, kterých kladných výsledků vyřešením problému dosáhne. K řešení problému je však třeba nějaké doby, během níž se klient postupně staví na vlastní nohy. Kladný výsledek poradenské činnosti se projevuje jen velmi pomalu. Na cestě se mohou dokonce objevit i některé obtíže, které brání klientovi postoupit dál. Mohou to být např. nepřiměřený náhled na vlastní chování, zkreslené sebehodnocení, omezené myšlení (tzv. tunelové vidění), potíže v rozhodování, s řešením problémů a sebekontrolou, užívání různých sebeobránných mechanismů. Poradce by však měl být schopen klienta navést, aby obrátil pozornost k nesrovnalostem ve svých pocitech, myšlení a jednání. Může s klientem navíčovovat různé dovednosti či žádoucí chování. Klient má dostat příležitost mluvit o svých obavách, nezdarech. Nikdy není vhodné ukončit spolupráci s klientem náhle (Hartl, 2003).

3.1.3 Poradenský rozhovor a jeho úskalí

Rozhovor je v počáteční fázi navazování kontaktu s klientem jediným nástrojem, který poradce má, a kterým může klienta zaujmout. Stejně tak však může od případné spolupráce odradit. V průběhu poradenství se však během rozpravy mohou objevit i některé komunikační bariéry, které jsou zjevně neefektivní. Hartl (2003) je popisuje následovně:

Zahájení rozhovoru

Úvodem je třeba pomoci klientovi uvolnit se, aby se cítil co nejpohodlněji. Hned poté není dobré klientovi poskytovat nějaká doporučení či rady. Vždy je efektivnější nechat klienta mluvit a dát mu prostor, aby si sám přišel na to, co je pro něj podstatné.

Hodnotící naslouchání

Někdy se nelze vyhnout soudům, zvláště pokud klientovy hodnoty jsou výrazně odlišné od těch poradcových, přesto hodnotit, co je správné či chybné, vhodné či nevhodné, dobré či špatné, profesionálnímu poradci nepřísluší a musí se takových sklonů vyvarovat.

Soucité naslouchání

Příběhy některých klientů vzbuzují v poradci natolik silný soucit, že může zcela zastínit skutečnosti, které jsou v případě podstatné. Poradce si tímto však nesmí nechat zakrýt vidění, přestože soucit je velmi lidský. Může být spíše brzdícím elementem.

Objektivní a subjektivní stránka situace

Do stejné situace se mohou dostat různí klienti, to v čem se tyto dvě stránky liší, jsou pocity, které kolem toho klienti mají, jak na situaci reagují a jak ji prožívají. Poradce by měl pracovat s tím, co má klient v mysli, nemá zpochybňovat, co se v klientovi odehrává, přestože sám by takovou situaci nevyhodnotil jako krizovou. Není také dobré zaměřovat se jen na to, jak se situace skutečně stala. Oběma složkám situace je však potřeba dávat příslušnou váhu.

Morální soudy

Není možné vyslovovat soudy o subjektivních pocitech a postojích klientů. Subjektivní pocity nelze měřit a paušalizovat. Klient nesmí mít strach z odsouzení, když hovoří o svých citových záležitostech. Profesionální poradce umí svá nutkání moralizovat ovládat.

Tolerance

Poradce by měl být tolerantní, ačkoliv je někdy těžké přijmout klientovo deviantní chování. Má si být vědom individuálních odchylek v reakcích jednotlivců na danou situaci. Jde o vážný omyl, pokud začne klientovi jeho názor, se kterým se neztotožňuje, vyvracet. Vyslechnout názor, aniž by jej poradce kritizoval, ještě nemusí znamenat, že s ním souhlasí.

Pláč

Pláč je v poradenském procesu naprostá samozřejmost. Poradce se jej nesmí leknot a nesmí se nechat vyvést z míry. Naopak, může jej využít terapeuticky. Pozor si však zaslouží pláč manipulativní, který může vést až k nesprávnému druhu pomoci.

3.1.4 Osobnost poradce

Poradce je někdo, komu se díky pravidelnému setkávání s klientem naskýtá prostor pro působení na jeho kognitivní funkce ve smyslu pozitivní zkušenosti s nedrogovým světem. Stává se jeho průvodcem na cestě ven z pasti. Je ten, kdo v klientovi probouzí, respektive podněcuje jeho původní zájem o vlastní rozvoj. Je proto zřejmé, že je potřeba, aby osobnost poradce dosahovala určitých kvalit. V první řadě je důležité, aby poradce měl žádoucí charakterové vlastnosti, ale také odborné znalosti jsou nezbytné pro poradenskou způsobilost. Některé vlastnosti poradce jsou vrozené (inteligence, životní energie, přirozený optimismus, otevřenost, flexibilita), jiné si musí v průběhu terapeutické činnosti

osvojit. Vždy je žádoucí, aby byl poradce zralý, poctivý, respektoval lidská práva a měl chuť pomáhat druhým, bez ohledu na klientovu odlišnost (V.J.Drapel, 1997; in Hartl, 2003).

C.R.Rogers *dobrého poradce* charakterizuje jako osobu, která je otevřená, má pozitivní vztah ke svým klientům, je kongruentní, upřímná, empatická. Dále je potřeba mít ke klientovi úctu a respekt. Formulovat základní předpoklady osobnosti poradce. A sice: autenticita (kongruence), akceptace a empatie. Důležité je také, aby pracovník byl pro klienta důvěryhodnou osobou.

Autenticita značí, že poradce je ve svém chování opravdový, upřímný.

Akceptace je schopnost přijímat klienta takového, jaký je (jeho trápení, prožívání, pohled na svět). Neznamená to však, že poradce bezvýhradně souhlasí s jeho životním stylem.

Empatie by se dala označit jako schopnost vcítit se do klientových pocitů a jednání. Spíše by se dalo říci, že jde o schopnost přijímat klientovy potřeby, přání, cíle, obavy a vnímat je jako významné (Broža, 2003).

Důvěryhodnost jako jedna ze základních zdatností pracovníka pomáhající profese je pak vymezována jako smysl pro čestnost, srdečnost a otevřenost. K tomu přispívá, když je pracovník diskrétní, spolehlivý, klientovi se věnuje a má snahu o porozumění (Hartl, 2003).

Někteří autoři se shodují, že výše zmíněné kvality však nejsou dostačující, k tomu, aby poradce dokázal vést klienta k pochopení rozmanitosti života a dokázal rozvíjet jeho dovednosti. K tomu je potřeba mít odpovídající výcvik. Jinak se může stát, že klientův stav se bude spíše zhoršovat a spolupráce se stane neproduktivní. *Špatný poradce* klientovi problémy bagatelizuje, radí, co by měl klient dělat, všemu rozumí, staví se do pozici experta na klientův život nebo dokonce za klienta jeho problémy řeší. Takový přístup je jasně kontraproduktivní (Hartl, 2003).

Většina odborníků sdílí názor, že poradce by měl být všestranný, s širokým psychosociálním zaměřením, což umožňuje pomáhat v mnoha různých směrech. Zároveň se ukazuje, že je nesmírně potřebné, aby poradce dobře znal sám sebe, rozuměl svým vlastním sociálním, ekonomickým a kulturním hodnotám. Čím lépe si poradce uvědomuje kdo je, jaké má silné a naopak slabé stránky, jaké jsou jeho aktuální potřeby nebo předsudky, tím pravděpodobněji bude poskytovaná pomoc účinnější. Nepochybně z velké části se poradci učí také praxí. Osobní rozvoj poradce je důležitý. Zde platí zásada: měním jiné a současně měním sebe pod vlivem ostatních (Hartl, 2003).

Potřebné schopnosti a dovednosti poradce by se dali shrnout následovně:

- má mít bazální dovednosti = respekt, upřímnost, empatie,
- má mít schopnost nalézt a definovat problém = klade otevřené otázky, vyjednává, shrnuje, reflektuje, je konkrétní, nebojí se nutných střetů,
- má umět nalézat cesty řešení = stanovuje strategie, plánuje činnosti (Hartl, 2003).

Na úrovni všeobecné komunikace je potřebné, aby poradce uměl komunikovat velmi dobře nejen verbálně, ale i neverbálně. Současně by měl mít schopnost všimnout si i u klienta neverbálních projevů (výraz ve tváři, tón hlasu, držení těla) a měl by umět opatrně interpretovat jejich význam. Chápat obsah klientových výroků a zároveň vnímat jejich emotivní zabarvení je nezbytné, jde o lidské setkání a nelze se spokojit s klientovým chlácholením, že vše zvládne a cítí se „nad věcí“, přestože je z jeho chování v křesle evidentní, že např. má strach, obavy.

Co by měl mít poradce při práci s klientem vždy na paměti, je držení se zásady, klientovi neuškodit. Pokud musí jednat v rozporu s klientovými zájmy, vždy jej se svým záměrem musí seznámit a srozumitelně vysvětlit, proč tak činí. Z toho vyplývá další důležitý moment – s klientem poradce jedná na rovinu, přímo a vyjasňuje, co může a co již nikoliv.

Význam empatie a komunikace při práci se závislými jedinci

Ukazuje se, že pokud pracovník není dostatečně empatický, logicky se tato skutečnost odrazí na počtu klientů, kteří nabídku pomoci využijí. Je potřeba umět se nejen vcítit, ale současně i aby pracovník měl klienty alespoň trochu rád. Výsledky Millerova výzkumu z roku 1980 dokládají skutečnost, že osobnost pracovníka má vliv na výsledek léčby závislých osob. Sebekontrolující intervence prováděné samotnými klienty bez pomoci terapeutů byly efektivnější než intervence za pomoci málo empatických pracovníků a zřetelně méně účinné než intervence za pomoci pracovníků empatických. Intervence neempatických pracovníků mívají tedy prakticky negativní dopad. Nejen neempatický přístup, ale také chybná komunikace, odrazuje klienty od dalšího kontraktu. Autoři Nerad a Neradová (1998) přejímají Schippersovo a Winthorstovo schéma z roku 1996 a nazývají chyby v komunikaci se závislými *demotivačním dvanáctěrem*. To zahrnuje následující tvrzení:

- 1) odmítnutí a obviňování vzbuzuje pocit "jsem trestán" s následným zvýšením odporu k léčbě,
- 2) konfrontující názory pracovníka, který klienta nezná, či výroky o vědecky podložených faktech, zvyšují klientův odpor. Taková konfrontace vede k aktivování pocitu viny a sebeobviňování a nevede k náhledu,
- 3) diskutovat s klientem znamená vystavit se konfliktu s následným zaujmutím pozice na opačné straně barikády,
- 4) nalepení nálepky "toxikomana" vzbuzuje u klienta odpor, nemá praktický význam při motivaci k léčbě,
- 5) nesprávný odhad významu nebo funkce, jež psychotropní látky pro danou osobu mají, může vést k tomu, že dotyčná osoba nebude chtít změnit své chování,
- 6) je - li pracovník příliš aktivní ve vedení klienta, není to terapeuticky dobré. Udrží tak klienta v pasivní, závislé roli, klient nemůže využít vlastních možností,
- 7) je - li pracovník v kontaktu s klientem příliš vyčkávající, není to rovněž žádoucí. Klient se topí ve vlastních problémech a nemá pocit, že se mu dostává pomoci,
- 8) dávat klientovi rady o možnostech změny lze pouze za předpokladu, že byla pracovníkem vytvořena atmosféra, ve které se klient cítí, že se může sám rozhodnout. Moralizujícím nebo vynucovacím způsobem podávané rady působí antiterapeuticky,
- 9) pracovník požaduje od klienta příliš mnoho, aniž by byl klient motivován těmito požadavkům vyhovět,
- 10) pracovník od klienta požaduje příliš málo ("souhlasí s klientem, že nemůže přestat se zneužíváním návykových látek, např. protože je velice silně závislý"),
- 11) pracovník není schopen říci klientovi ne, vyhovuje požadavkům klienta, a tím udržuje závislost v chodu,
- 12) pracovník není schopen říci klientovi ano ve smyslu navázání terapeutického vztahu.

„Empatický terapeut iniciuje u klienta pohotovost a schopnost ke změně, protože klient cítí, že jej pracovník respektuje, seriózně se zabývá jeho problémy a emočně s ním soucítí“ (Nerad, Neradová, 1998, str. 103).

4 Proces přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě

4.1 Předléčebné poradenství

Zprostředkování léčby závislosti mají kontaktní centra běžně v nabídce v rámci strukturovaného poradenství a motivačního tréninku. Základem je zjištění úrovně klientovi motivace k léčbě a systematická práce na jejím posílení. Nejde jen o technický úkon, kdy si klient řekne o pomoc s kontaktováním nějakého léčebného zařízení. Klientovi představy jsou většinou velmi nereálné, nezřídka přiznává, že je mu jedno, kam půjde, nejraději by ale co nejbližší svému bydlišti, pokud možno ihned a hlavně bez vynaložení většího úsilí.

Charakteristickým rysem uživatelů návykových látek je tendence k impulzivním rozhodnutím. V praxi se často stává, že dotyčný se na základě nějaké události rozhodne skoncovat s bráním drog. Snaží se pak nastoupit okamžitě do léčby a jeho utrápené okolí ho v tom samozřejmě podporuje. Celý scénář se pak ubírá dvěma směry: nepodaří se mu nastoupit dost rychle a končí v ublíženém nebo rozzlobeném postoji vůči nepřejícnému světu institucí. Anebo jej někde přijmou a on po několika hodinách či dnech odchází pro nedostatečnou motivaci. Ústavní či jiná léčba by měla být výsledkem postupného přijímání myšlenky na léčbu, vstupních pohovorů, spolupráce s jeho blízkými a terapeutů (Hajný, 2012).

Pokud pracovník na klientovy impulzivní požadavky přistoupí a nepracuje s nimi dál, přestává být pro klienta podporou. V dobré víře klienta „zachránit“ nedomýšlí důsledky, které nesprávná volba formy pomoci může způsobit (např. odrazení od další případné léčby po negativní zkušenosti s nevyhovující péčí). Příliš nízká nebo naopak přehnaná angažovanost pracovníka v klientově případě může vést k menší úspěšnosti léčby. Předléčebné poradenství by tedy mělo být optimální. Optimální z hlediska míry pomoci, kterou pracovník klientovi poskytne s ohledem na klientovy potřeby, ale také na jeho vlastní zdroje (Müllerová, Matoušek, Vondrášková, 2005). Přestože není dobré zprostředkování léčby uspěchat, mělo by předléčebné poradenství usilovat o rychlý nástup klienta do léčby. U klientů, kteří se chtějí léčit, zkrácení indikačního a přijímacího procesu, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby. Prodlužovat a odkládat nástup s cílem vyzkoušet klientovu motivaci se neukazuje jako efektivní, na druhé straně je však nepochybně potřeba určitého času, aby se motivace rozvinula a propracovala. Jako velmi důležité a zásadní se pak ukazuje udržet klienta v kontaktu. Je zřejmé a různé zkušenosti to dokazují, že více než polovina klientů vypadává z kontaktu po prvním či druhém sezení, další část klientů pak v případě, že individuální plán naplní a znamená to již přikročit ke konkrétním činům (Kalina, 2003).

Je důležité mít na paměti, že drogy mění strukturu osobnosti. U osob závislých na návykových látkách se objevuje vyšší emocionální vzrušivost, neovladatelnost vnějších projevů, nedostatek vnitřní pohody, deprese, frustrace, proměnlivost rozhodnutí, roztěkanost, nízká vůle, chudý systém životních hodnot, nepřiměřený postoj k realitě, časté jsou psychopatické poruchy osobnosti, což v konečném důsledku může spolupráci komplikovat (Mahdaličková, 2014). Přesto je však předléčebné poradenství velmi důležité - usnadňuje nástup do TK, překonává ambivalence, které jsou často přítomné do poslední chvíle, zlepšuje klientovu adaptaci po nástupu a působí jako prevence velmi časných vypadnutí z léčby (Kalina, 2008).

4.1.1 Nový model léčby závislosti

Léčebná filosofie bývala postavena na přesvědčení, že účinná léčba je možná, až když klientova drogová kariéra vyústí do debaklu a nezbývá nic jiného, než hledat pomoc pro nový začátek. Také přesvědčení, že dlouhodobé léčení je jediná správná volba, se dnes již neuplatňuje. Moderní terapeutický přístup má následující charakteristiky:

Včasná intervence

Za nutné se pokládá zachytit uživatele drog co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu místo čekání na motivovaného klienta, který spadl na dno a hledá pomoc v pozdějších stádiích závislosti.

Individualizovaný přístup

Uživatelé drog jsou různorodí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejným způsobem. Neexistuje jediná správná léčba, nabídka služeb musí být pružná v obsahu, formě a délce léčby.

Podpora motivace

Získávání a udržování motivace ke změně života nesmí být považováno výlučně za odpovědnost klienta. Terapeuti musí chápat posilování motivace jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu.

Prevence relapsu

Je předpokládanou součástí léčebného procesu. Je nezbytné se na ni v terapeutickém procesu zaměřit, nesmí být ignorována ani klientem, ani terapeutem.

Zužitkování nedobrovolného léčení

I nedobrovolná léčba může mít smysl, pokud se terapeutům podaří jí smysl dát.

Zhodnocení léčebného kontinua

Klientova cesta k životu bez drog vede linií přípravné poradenství - léčba - následná péče, rezidenční léčba nesmí být sebestředně chápána jako jediná účinná etapa.

Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika

Pokud není klient schopen zatím změnit své chování, jsou odborníci povinni poskytnout veškerou pomoc, která by snížila riziko poškození a iniciovala motivaci (Kalina, 2008).

4.2 Zhodnocení stavu klienta

To, v jaké přichází klient stavu žádat o pomoc, je neméně důležité. Pracovník s klientem mapuje, co jej přivádí, co očekává a co skutečně potřebuje. Zároveň se zajímá o širší souvislosti klientovi situace. Diagnostika by měla být mnohorozměrná, stejně jako sama závislost. Pro přiměřenou indikaci k odborné péči musíme znát o klientovi větší spektrum informací, nestačí zabývat se pouze kritérii závislosti. Zřejmě nejpoužívanější je dotazník pro strukturovaný rozhovor s klientem Addiction Severity Index (ASI) – Index závažnosti návykového chování, který pro českou populaci uživatelů návykových látek modifikoval Kubička a Csémy. V něm se hodnotí následující aspekty:

- 1) *zdravotní stav* – jaký je klientův současný zdravotní stav, zda má chronické zdravotní potíže, zda byl někdy hospitalizovaný pro tělesná onemocnění a úrazy, jak je na tom se zdravotní péčí nyní, pozornost zasluhují i prodělaná infekční onemocnění (zejména hepatitidy)
- 2) *práce a zdroj obživy* – jaké má klient dosažené vzdělání, jaká je jeho nejdelší doba pravidelného zaměstnání, jaké profese vykonával, vše kolem nezaměstnanosti a současné zdroje obživy.
- 3) *drogy a alkohol* – historie užívání návykových látek, současný typ a dávkování návykové látky, komplikace spojené s užíváním (např. předávkování, delirium), předchozí léčby a jiné odborné intervence, období abstinence mimo chráněné prostředí.
- 4) *právní postavení* – zda klient někdy byl nebo je v konfliktu se zákonem (obžaloby, odsouzení), včetně současných nezákonných aktivit, které nejsou orgány činnými v trestním řízení nikde zaznamenány (pokračující trestná činnost).
- 5) *rodinné a sociální vztahy* – jak to vypadá s jeho sociálním zázemím, zda je stabilní, úroveň spokojenosti s bydlením, trávením volného času, rodinné vztahy včetně konfliktů.
- 6) *psychický stav* – prodělané psychiatrické hospitalizace, psychické problémy v minulosti i současnosti, sebevražedné pokusy i myšlenky (Kalina, 2003).

Index slouží k vytvoření klientova profilu a k následnému využití pro klinické účely. Klient v každé dotazované oblasti hodnotí, do jaké míry pociťuje problémy a jak silně

potřebuje pomoci. Používá přitom pětibodové stupnice. Velkou výhodou je, že tato metoda je volně použitelná a lze ji upravit dle specifických požadavků konkrétního zařízení (Evropský index závažnosti návykového chování EuropASI, 1998).

Významným faktorem pro účinnost léčby a změnu klienta je jeho *věk při začátku užívání* návykových látek a celková *délka drogové kariéry*. Větší pravděpodobnost změny a její udržení existuje u těch klientů, kteří se stali závislými až v dospělosti (po 20. roce věku), tzn. drogová kariéra nezasáhla do důležitých vývojových úkolů v dospívání. V opačném případě, tedy vznikne – li závislost ve věku nižším, může být vážně narušen psychosociální a psychosexuální vývoj osobnosti. S tím souvisí i skutečnost, jak dlouho závislost trvá, než se dotyčný rozhodne pro změnu svého životního stylu. Čím déle je jedinec závislý, tím horší bývá prognóza a dosažení léčebného efektu je méně nadějně (Kalina, 2003). Dalšími prediktory úspěšnosti léčby jsou *psychopatologické komplikace*, *kriminální anamnéza* a tolik diskutovaná *motivace léčbě*. Neúspěšní klienti mívají výrazné emoční a osobnostní komplikace, klienti v konfliktu se zákonem se závažnější a opakovanou trestnou činností v léčbě selhávají, stupeň motivace při nástupu do TK také předznamenává setrvání a výsledek. Práce s motivací je však vždy na místě, je podmínkou toho, aby klient léčbu nastoupil a i se v ní udržel (Kalina, 2008).

4.3 Matching – párování potřeb

Mnohé výzkumy dokazují, že závislost nemá jedinou příčinu. Při plánování možné léčby tedy vycházíme z různých směrů a používáme různé postupy. Léčba závislosti by měla být intenzivní, cílená a dlouhodobá (Nešpor, 2007). Ne všichni klienti reagují stejně dobře na léčbu a žádná z forem léčby není dostačující pro všechny drogově závislé. Drogově závislí jsou heterogenní skupinou, u níž se projevuje mnoho různých úrovní závažnosti, psychopatologie, sociálního fungování, sociální podpory a stability (Carroll, 1999).

Zde zaznívá pojem matching – tedy přiřazení nejvhodnějšího typu léčby tomu kterému klientovi. Pro celistvý pohled na klienta by se při výběru nejvhodnější formy pomoci měla brát v úvahu nejen diagnostika, ale i řada dalších okolností. Dalšími okolnostmi mohou být psychologické charakteristiky, doba trvání návykového chování, sociální situace, síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stadium motivace, zkušenost s různými léčebnými programy, věk, pohlaví, náboženské vyznání, aj (Nešpor, 2003).

Neexistuje jediná léčba, která by se hodila pro všechny, proto je třeba s určením diagnózy též vybrat vhodnou odbornou péči. Léčebné programy jsou různorodé a liší se v typu, délce, cílech i obsahu. Aby ale mohl být matching realizován, je potřeba aby existovala síť různorodých zařízení, charakteristiky jednotlivých služeb a programů byly známy a dostupné a pracovníci, jež párování klientových potřeb provádějí, jednotlivé služby

a programy znali. O jednotlivých zařízeních konkrétně potřebujeme vědět jejich vstupní kritéria, cílovou skupinu, filosofii léčby, možnosti a omezení léčby, její specifika (např. pracovní programy, volnočasové programy, prostředí), úspěšnost a kvalitu zařízení, jaký tam pracuje personál, dodržování etických pravidel a práv klienta (Richterová-Těmínová, 2011).

Kalina (2003) uvádí zjednodušené schéma kritérií indikací k jednotlivým typům léčby. Jednak se zaměřuje na parametry, které vystihují osobnost klienta, a jednak popisuje samotná zařízení, jejich cílovou skupinu a zaměření.

Parametry na straně klienta

- a) potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky
 - hodnotí se aktuální přítomnost příznaků intoxikace nebo příznaků odvykacích,
 - v potaz jsou brány i rizika na základě údajů z minulosti (předávkování, výrazné projevy abstinenčního příznaku).
- b) biomedicínské stavy nebo komplikace
 - hodnotí se somatické komplikace či probíhající nemoci (zda vyžadují léčbu či nikoliv),
 - důležité je i zvážit, zda klientovy jeho tělesné obtíže umožní účast či pobyt v určitém léčebném programu.
- c) emocionální a behaviorální stavy a komplikace
 - současný psychický stav je významným ukazatelem, zda je možné klienta do léčebného programu zapojit. Psychologické a psychiatrické komplikace mohou být velmi závažné.
- d) akceptování léčby nebo odpor k léčbě
 - míra motivace, stejně tak stupeň vnějšího donucení jsou indikátory pro zvážení, zda klient je schopen při léčbě unést volnost a samostatnost či bude potřebovat větší podporu a kontrolu.
- e) potenciál pro relaps
 - je zřejmé, že klient s větším potenciálem pro porušení abstinence bude zřejmě potřebovat bezpečné a chráněné prostředí v léčbě.
- f) vztah okolí k léčbě
 - zásadní je také znát stanovisko klientova okolí – rodina, partner, známí. Jejich případné zapojení do léčebného programu může být pro klienta velmi užitečné a naopak jejich nesouhlas může klienta brzdit.

Charakteristiky léčebných programů

1. úroveň – ambulantní péče

Je vhodná pro klienty s lehkou závislostí, s minimem zdravotních a psychických komplikací, vysokou motivací a stabilním sociálním zázemím (tzn. bydlí, pracuje nebo studuje, má podporující okolí). Doporučuje se individuální i skupinová terapie, při konzultacích je vhodné se zabývat prevencí relapsu a zdravotní edukací. Abstinence je monitorována prostřednictvím testování přítomnosti drog v moči. Nezbytnou složkou je také práce s rodinou a sociální práce. Minimální doba léčení je 3 měsíce, optimální 6 – 12 měsíců.

2. úroveň – intenzivní ambulantní péče

Může být přínosná i pro středně těžké a problémovější stupně závislosti. Klient zůstává při léčbě v kontaktu s původním prostředím, přesto může být účinná jako léčba v lůžkovém zařízení, musí však být vyvážena intenzitou a obsahem programu. U nás se jedná o léčbu v denním stacionáři – program je složen z 20 a více hodin týdně po dobu 3 – 4 měsíců.

3. úroveň – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dohledem

Je určena pro klienty s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralé, nemotivované či výrazně psychopatologické (s rozpadlým sociálním zázemím, kriminální anamnézou, bez pracovních návyků, aj.). V našich podmínkách odpovídá 3. úroveň rezidenční léčbě v samostatných terapeutických komunitách. V případě potřeby je k dispozici lékař. Během účasti v léčebném programu klienti procházejí procesem sociálního učení – získávají potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, aby mohli začít znovu žít v normální společnosti. Léčebný program je velice strukturovaný, zastoupeny jsou různé formy pomoci – individuální terapie, skupinová terapie, edukační a volnočasové aktivity, pracovní terapie, sociální práce, práce s rodinou, farmakoterapie u duálních diagnóz, aj. Časová investice je stanovena na 6 – 8 měsíců (střednědobá léčba), může být však i dlouhodobá (i více než 1 rok). Není vhodná pro klienty s vysokou mírou psychiatrických a somatických komplikací vyžadujících intenzivní lékařské vedení.

4. úroveň – intenzivní ústavní léčba řízená lékařem

Doporučuje se pro medicínsky komplikovanější případy. Jde o strukturované režimové léčebné programy, někde se klade důraz na sociální učení, jinde na úpravu chování prostřednictvím bodovacího systému. Běžně se užívá farmakoterapie. Tato úroveň zahrnuje krátkodobou (do 3 měsíce) nebo střednědobou (do 6 měsíců) léčbu na specializovaných odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách. Patří sem rovněž i ústavní detoxifikace (několikadenní

pobyt), která si klade za cíl izolovat klienta od drogového prostředí za účelem překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychoterapeutické atmosféře.

Richterová-Těmínová (2011) uvádí, že v rámci potřeb klienta zvažujeme, zda je pro klienta vhodná spíše ambulantní nebo residenční či následná péče, délku léčby, zaměření léčby, o jaký typ léčby klient stojí a o jakém má dobré reference, s jakým má zkušenost, ptáme se, co klient od léčby očekává, čeho chce dosáhnout, jakou má podporu sociálního okolí a co to pro ně bude znamenat, jakou potřebuje „lidskou substituci“, kde se bude cítit bezpečně, kde se bude zapojovat, čemu by se chtěl v budoucnu věnovat, jak potřebuje mít dostupnou zdravotní péči, jaká je jeho motivace, zda má duální diagnózu a zda je v zařízení zajištěna dostatečná psychiatrická péče, jaká je klientova míra závažnosti závislosti (včetně otázek kde klient spíše selže, jakou potřebuje míru podpory, kontroly, svobody, jakou míru odpovědnosti unese). Podstatná je také skutečnost, jaké potřeby se klientovi naplní v jednotlivých typech léčby – tedy co můžeme klientovi slíbit.

4.3.1 Kritéria pro výběr a příjem do terapeutické komunity

Pro *léčbu v terapeutické komunitě* jsou dle definovaných parametrů na straně klienta vhodní ti klienti, kteří mají následující profil:

- 1) vysoký potenciál pro relaps, pro akutní intoxikaci nebo rozvoj abstinenčních příznaků,
- 2) vlastní motivace k léčbě a abstinenci není zcela jednoznačná a vyžaduje výraznou podporu a upevnění,
- 3) vztah okolí k léčbě je natolik nepříznivý, že neumožňuje léčbu bez vzdálení klienta z původního prostředí,
- 4) zdravotní a psychologicko-psychiatrické komplikace nejsou natolik závažné, aby vyžadovaly nemocniční léčbu (Kalina, 2008).

Kritéria pro příjem do terapeutické komunity

Jednotlivé terapeutické komunity přijímají klienty v souladu se svojí cílovou skupinou. Dále při přijetí klienta zvažují riziko pro komunitu: zda určitá charakteristika klienta představuje přílišné břemeno pro fungování TK nebo ohrožení jejího bezpečí a zdraví. Mají definované kontraindikace k přijetí, např. akutní psychózy, některé infekce, mentální retardace, pohybové omezení, partnerské či příbuzenské vztahy či známosti z „ulice“. Do výběru nových členů bývají různou měrou zapojeni i stávající členové komunity (Adameček, 2007).

Dle Kaliny (2008) relativními kontraindikacemi k přijetí do terapeutické komunity mohou být:

- 1) extrémně narušená osobnost a sociopatické chování (neschopnost budovat objektivní vztahy brání zapojení do komunity),
- 2) vážný fyzický handicap (může znemožňovat některé aktivity v TK),
- 3) věkový rozdíl oproti ostatním členům TK (pokud se věk v TK pohybuje od 18 do 35 let, nemají starší či mladší klienti vrstevníky, s nimiž by se identifikovali),
- 4) bývalí klienti, kteří relapsovali po absolvování programu (někdy může být vhodnější vstoupit do jiné komunity s jiným týmem),
- 5) jazyková odlišnost (brání otevřené komunikaci a zapojení do chodu TK).

Kritéria pro výběr terapeutické komunity

Při výběru terapeutické komunity je nezbytné brát v úvahu jak klientovy charakteristiky, požadavky, tak jeho limity, aby se v místě, kde stráví několik měsíců, cítil dobře, bezpečně. Ty se mohou týkat např.:

1) Prostředí terapeutické komunity

Prostředí jako výchovný faktor má ve smyslu působení na jedince velký význam. Zázemí terapeutické komunity je tvořeno základními prvky: bezpečné prostředí bez drog, příjemná, neústavní atmosféra, klidné místo s důrazem na rozlišení „my uvnitř“ a „svět venku“, koedukovanost s rozdělením bydlení žen a mužů (alespoň minimální rozdělení, např. odlišná patra či různé trakty budovy). Někde je možno pokoj si vybavit sám, jinde nikoliv. Klienti v terapeutické komunitě musejí cítit podporující emoční zázemí (Sobotka, 2007). Většina TK je situována do venkovského prostředí, výhodou většiny komunit tedy je přerušení vazby s rizikovým prostředím a vytvoření prostoru pro osobnostní růst a postojové změny. Městské komunity naopak průběžně vystavují klienty přirozenému prostředí, ve kterém žil a bude žít. V ČR existuje pouze jedna komunita, která je umístěna ve středu města - terapeutická komunita Krok. Vzdálenost mezi klientovým bydlištěm a komunitou také bývá častým kritériem pro klientovu případnou volbu (Sobotka, 2007).

2) Strukturovaný program

Strukturovaný program představuje pro klienty, kteří uvažují o léčbě v terapeutické komunitě, zdroj frustrace a nejruznějších obav. Především proto, že si uvědomí, jak těžké bude přizpůsobit se jinému světu, než na který byli dosud zvyklí. Strukturovaný program je však uplatňován ve všech terapeutických komunitách, nelze si tedy vybírat. Je nezbytné

klienty na tento fakt připravit a poskytnout jim prostor pro zpracování a smíření se s identitou terapeutické komunity.

Řád a režim

Řád komunity určuje všem, co, kdy a za jakých podmínek mají dělat. Časová a týdenní struktura v TK se blíží běžnému životu, má výchovný rozměr. Změna chování je však po klientech vyžadována ihned po příchodu do komunity. Je tedy do značné míry vnucená a je přirozené, že se jí klienti brání. V komunitě nemají možnost z této situace uniknout pomocí např. násilí či užitím návykové látky. Množství pocitů, které se kolem toho vynoří mají však možnost ošetřit za pomoci terapeutů a skupiny (Kalina, 2008).

Pravidla terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou umělým sociálním prostorem. Pravidla určují, jak by se měl jedinec chovat, jde o soubor dohodnutých způsobů jednání a komunikace. Terapeutické komunity fungují jako rodina, alespoň v některých aspektech (bezpečí, hranice, kvalita vztahů). Není tedy přípustné pravidla porušovat, zvláště ta kardinální, bezpečný prostor musí být udržen i pro ostatní. Klienty je třeba na to připravit, protože to může být pro ně těžké. Dodržovat pravidla je nutné ve všech terapeutických komunitách. V případě porušení zásadních pravidel bývá klient vyloučen (Broža, 2007).

Práce a péče o každodenní chod komunity

V komunitě je každý člen zapojen do komunitního dění. Chod komunity je postaven na jednotlivých činnostech a práce je rozdělena dle funkcí (např. zahradník, kuchař, šéf baráku, hospodář, kotelník, pradelka, zvířeták). Každá funkce je něčím prospěšná a říká klientovi, jak je ve skupině důležitý. Klienti se učí schopnosti udělat něco pro druhé a plánovat budoucnost. Komunitní role však často bývají zdrojem zátěže, únavy a stresu (Mahrová, 2007). I postupné absolvování všech komunitních funkcí je potřeba k úspěšnému zakončení léčby, přestože valná většina klientů nemá zpočátku rozvinutý potřebné dovednosti k bezproblémovému zvládnutí svěřené role. Přesto je práce nezbytnou součástí léčby, neboť má zajistit, že si klient osvojí nebo obnoví pracovní návyky a dovednosti.

Terapeutický program

Skupinová terapie pro klienty představuje zdroj silných emocí, krizí či napětí. Zděšení v klientech vyvolává nutnost sebeotevření, sdílení a poskytování a přijímání reflexí. Je však třeba, aby si klienti uvědomili, že intenzivní roční pobyt v komunitě se může velmi

zásadně zasloužit o jejich osobnostní změnu. Klienti, kteří dokáží otevřeně mluvit o svých pocitech a prožívání, dokáží přijímat a zpracovat zpětné vazby, mají velkou naději na trvalou změnu (Nevšimal, 2007).

Volnočasové aktivity

Sportovní aktivity, zátěžové programy a trávení volného času mají za cíl umožnit klientům vyzkoušet si různé aktivity a také utváří návyk potřeby naplňovat smysluplně volný čas. V komunitách je pěstován sport (kolektivní míčové hry, turistika, cyklistika), někde klienti připravují a zkoušejí divadelní představení, pořádají se olympiády terapeutických komunit, zátěžové programy jsou sestavovány jako sportovně-turisticko-poznávací výpravy (vodáctví, táboření, lyžování, skalní lezení, aj.). Někteří klienti bývají k této části programu skeptičtí. Dovednost dosahovat libých pocitů adaptivním způsobem je však podmínkou pro udržení abstinence. Je však užitečné mít na paměti osobní charakteristiky klienta, především jeho zájmy, schopnosti, ale i omezení včetně zdravotních (Kostka, 2007).

3) Terapeutický tým

Terapeutický tým je tím, co vytváří hodnotu terapeutické komunity a její užitečnost pro členy. Jednotliví terapeuti musejí být zralí odborníci, kteří dokáží být zároveň přirození a autentičtí. Terapeutický tým má také nejvýznamnější podíl na schopnosti navazovat důvěryhodné vztahy. Na něm ve velké míře závisí spokojenost klientů a úspěšnost léčby. Terapeutický tým a jeho vztahování se ke klientům vytváří lepší či horší prostor pro pozitivní rozvoj klientů – každá komunita je tedy jiná a je vždy originálem (Broža, 2007). Žádoucí charakteristikou personálu je tedy nejen odborná zdatnost, ale i osobní kvality. Požadavek na členy terapeutického týmu "chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor" je dán tím, že klienti mají přirozenou potřebu najít následováníhodný model zralé dospělosti, který většinou nemohou přijmout od svých rodičů, ani ze společnosti (Kalina, 2008).

4) Rodinná terapie, práce s blízkými osobami

Dalším kritériem může být skutečnost, zda je možné v terapeutické komunitě využít práce i s rodinou. V českých podmínkách je to běžnou součástí terapeutické praxe. Zapojování signifikantních osob do procesu léčby může mít významný vliv na úspěšnost. Rodinná terapie podporuje osobní růst klienta, slouží k narovnání vztahů mezi rodinnými příslušníky, které se během drogové kariéry klienta narušily (Radimecký, 2007).

5) Zdravotní péče

To, jak je v komunitě ošetřena otázka zdravotní péče, je neméně důležité. Řada klientů odcházejících do terapeutické komunity má značné zdravotní komplikace chronického rázu. Obvyklou praxí v komunitách je zabezpečení dostupnosti zdravotní péče – jednak přímým poskytováním některých úkonů kvalifikovanými pracovníky, jednak zprostředkováním odborné péče v jiných zařízeních (praktický lékař, psychiatr, gynekolog, hepatolog, chirurgická ambulance). Lze také individuálně upravovat podmínky pobytu v komunitě, např. pro zdravotní stav uvolnění z některých typů programu (nejčastěji sportovní aktivity). Užívání léků v komunitě podléhá určitým pravidlům (Nevšímal, 2007).

6) TK pro specifické cílové skupiny

V České republice fungují *terapeutické komunity i v rámci psychiatrických nemocnic*. Mají však svá specifika – zůstává zde medicínské pojetí problému, klient má status nemocného, pobyt je hrazen ze zdravotního pojištění, léčebná komunita má více členů (průměrně 20 – 30), léčba je časově omezena od 3 do 6 měsíců, je zde velká fluktuace klientů, koheze není stabilní, komunita je jen částí celého zařízení. Má však i své výhody, např. vzhledem k přítomnosti zdravotnického personálu s vysokou kvalifikací je možné nabídnout péči i klientům s duální diagnózou (Dvořáček, 2007).

Terapeutické komunity pro adolescenty respektují specifika, která vycházejí z charakteristik dospívání. Mladí uživatelé návykových látek si podle výzkumů vydobyli své pevné místo na drogové scéně, tvoří tak skupinu, kterou je nutno se zabývat. Čím mladší je dítě, tím více musí být do léčby zapojována jeho primární rodina. Léčba by také měla odrážet různé stupně zasažení jedince a jeho sociálního okolí (experimentátor nebo problémový uživatel se zvolna se rozvíjející závislostí). Motivace k léčbě u dospívajícího jedince bývá negativní – nátlak rodiny či nařízená ústavní výchova. Nedílnou součástí musí být motivační trénink Takovou komunitou je např. TK Karlov nebo TK White Light I (Kabátková, 2007).

Léčba závislých matek s dětmi stejně jako v předchozím případě bere v úvahu specifika této klientely. Těžiště terapeutické práce spočívá ve skupinové terapii, přednější je vyřešit matky závislost, aby se dokázala postarat sama o sebe a samozřejmě poté i o své dítě, dobře jej vychovávat. Zároveň se v komunitě učí pod dohledem kvalifikovaných pedagožek péče o dítě a jeho zdárný vývoj, nedílnou součástí je osvojování si rodičovských dovedností. Téma závislých matek s dětmi je u nás poměrně nové, stále v ČR existuje pouze jediná komunita, která tuto možnost nabízí, a sice terapeutická komunita Karlov (Hanzal, 2007).

V posledních letech se také v adiktologických službách skloňuje termín *duální diagnóza*. Pod tímto pojmem je míněn souběh dvou a více duševních poruch. Nejčastější komorbiditou z oblasti duševních poruch jsou úzkostné poruchy, poruchy nálady, schizofrenie, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy. Pouze malá část komunit odmítá přijetí klientů s duální diagnózou, většinou se řídí diagnostikou s psychiatrických nemocnic a nutností farmakoterapie, někdy dojde k manifestaci onemocnění až po přijetí do TK. Léčbou klientů s duální diagnózou se v ČR speciálně zabývá terapeutická komunita Sejřek (Nevšímal, 2007).

Za zmínku ještě stojí také *křesťanské komunity*. Pro některé klienty může být křesťanský orientovaný léčebný program velmi posilující v jejich změně, pro jiné je naopak nepřijatelný. Takovou komunitu provozuje středisko Teen Challenge Šluknov nebo dále TK Vršíček, TK Pastor Bonus, která také jako jediná přijímá do léčby páry.

4.4 Sociální práce jako součást předléčebného poradenství

Zahrnout sociální práci do předléčebného poradenství je nezbytným předpokladem pro úspěšné vykročení klienta vpřed, jiným směrem, než se dosud ubíral. Sociální práce zahrnuje rozmanitou škálu činností pomáhajících s různorodými problémy v oblasti sociálního fungování a v kontextu životní situace.

Sociální fungování jako komplex skutečností je charakterizováno výroky:

- 1) prostředí a lidé jsou v neustálé interakci,
- 2) prostředí klade na člověka určité nároky a člověk je nucen na ně reagovat,
- 3) mezi požadavky prostředí a člověkem je rovnováha, pokud nastane problém, rovnováha je rozkolísána, tzn. lidé nezvládají nároky prostředí,
- 4) někteří lidé jsou schopni si pomoci sami, jiní tuto schopnost nemají a problémovou situaci nezvládají,
- 5) příčinou problémů nebo jejich nezvládnutí může být nedostatek dovedností na straně klienta či nepřiměřenost požadavků prostředí vůči němu,
- 6) cílem intervence sociálního pracovníka je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládnutí požadavků prostředí (Navrátil a Musil, 2000; in Navrátil, 2012).

Osoby závislé na návykových látkách jsou ze společenského pohledu definovány jako mnohoproblémové. Možnosti řešení své sociální situace mají omezené z hlediska svého statusu marginalizované skupiny. Potýkají se nejčastěji s problémy, které jsou souběžně přítomny:

- Nízké vzdělání, předčasné opuštění vzdělávacího systému,
- Nezaměstnanost,
- Nízký příjem, dluhy,
- Nejisté bydlení a bezdomovectví, rozpad rodin,
- Zdravotní problémy v důsledku užívání,
- Sociální stigma.

Život v exkluzi s sebou nese i další past v podobě adaptace na specifické hodnoty a normy, tzn. klienti jsou často zaměřeni na přítomnost, nejsou schopni plánovat do budoucna, objevují se u nich pocity beznaděje, bezmocnosti či přesvědčení, že nemohou ovlivnit vlastní sociální situaci. Velmi často mají negativní zkušenosti s pomáhajícími institucemi – lékaři, úřady, ale i jiné sociální služby, které nejsou primárně určeny uživatelům návykových látek. Setkávají se s nepochopením a neochotou pomoci. Další věcí je fakt, že jejich komunikační schopnosti a umění jednat s lidmi jsou výrazně ovlivněny dlouhodobým užíváním návykových látek, neumějí asertivně prosazovat svoje zájmy.

C.K.Rogers předpokládá klientovu jedinečnost, odmítá diagnózu a klasifikování podmínek. Osobnost člověka chápe jako proces a říká:

- Člověk má právo na vlastní důstojnost a rozvoj, jeho podstata je přirozeně dobrá, lidskou osobnost je třeba respektovat.
- Člověk je schopen si uvědomovat své vlastní hodnoty a řídit se jimi, být odpovědný k sobě i druhým.
- Člověk je schopen uspořádat a hodnotit své vlastní pocity, myšlenky a chování.
- Člověk je schopen se sám rozvíjet a utvářet své pozitivní vlastnosti.
- Člověk je schopen konstruktivní změny a osobnostního vývoje k plnému uspokojivému vlastnímu životu (Rogers, 1998; in Navrátil, 2012).

Zmocňování klienta – řídit či podporovat?

Empowerment znamená v sociální práci posilování, zmocňování klienta a je alternativou uschopnění. Tradiční sociální práce zdůrazňovala význam uschopnění, které bylo považováno *zaprincip zabraňující závislosti klienta na systémech pomoci*. Šlo o to klienta vybavit potřebnými znalostmi a dovednostmi, které mu měly umožnit lépe žít. Zmocnění znamená pomoc lidem, aby získali větší moc (kontrolu, vládu) nad vlastními životy a životními podmínkami (Navrátil, 2012).

Moc je v pomáhajících profesích velmi diskutovaným tématem. Je zřejmé, že klient je do jisté míry bezmocný tím, že žádá o pomoc, pracovník je naopak mocný, protože pomáhá. Pracovníkův záměr by však vždy měl být ten, dělat málo mocného klienta, aby byl o něco

mocnější. Mocenský systém vede k oboustranné manipulaci. Přebírá-li pracovník kompetence klienta v některých sférách životní praxe, může ho tak chránit před újmou, ale může ho také zneschopňovat. Celé pomáhání se tak vzdálí svému účelu – tedy orientace na dosahování rozvoje a autonomie klienta (Kopřiva, 1997).

Zda vést člověka nebo ho podporovat, aby si dospěl k řešení sám, není vždy jednoduché rozhodnout. Kopřiva (1997) shrnuje přednosti a nevýhody direktivního a nedirektivního přístupu následovně:

- 1) chceme-li dosáhnout trvalé kvalitativní změny, je účinnější nedirektivní postup (tj. podpora),
- 2) direktivní postup je třeba zvolit, hrozí-li nebezpečí z prodlení, nebo je-li klient v akutní krizi, zmatený (tj. potřebuje vedení),
- 3) na nedirektivní postup je třeba mít čas a sílu,
- 4) pokud začneme jednou vystupovat direktivně, bude velmi obtížné přeorientovat se na přístup nedirektivní (klient v nás stále uvidí autoritu).

Sociální pracovník tedy pomáhá klientům realizovat jejich cíle, plány, pomáhá klientovy zorientovat se v jeho situaci, hledá s ním možnosti řešení, případně tam kde klient není schopen vystupovat sám za sebe, přebírá v omezené míře roli vyjednavatele klientovy zakázky. V praxi je však zastáván názor, že sociální práce je obor pomáhající lidem, aby si pomohli sami. Sociální pracovník nikdy nedělá pro klienta to, co klient může pro sebe udělat sám (Havránková, 2003).

Co je třeba zařídit před nástupem na léčbu

Všechny sociální problémy, se kterými se klient potýká, nejdou vyřešit naráz. Ani to není podmínkou pro vstup do léčby, klient tedy nemusí mít strach, že by jej kvůli nevyřešeným záležitostem nepřijali. Je však dobré některým věcem pozornost věnovat, klientovi to může usnadnit začátek v léčbě.

S klienty se před nástupem na léčbu nejčastěji řeší: doklady (občanský průkaz, kartička zdravotní pojišťovny), registrace na úřadu práce (kvůli placení zdravotního pojištění a vyřízení sociálních dávek – např. na úhradu pobytu v komunitě), věci osobní potřeby (kde sehnat oblečení, hygienické potřeby, a další), doprava do léčby.

Dále je vhodné s klientem probrat jeho finanční situaci, včetně dluhů, zda je pod dohledem probačního úředníka či mu probíhá trestní stíhání nebo soudy, koho klient obeznámí s tím, že nastupuje do léčby a zda má podporu v rodině, v neposlední řadě je důležité ptát se, jak bude vypadat klientovo bydlení po léčbě, jaké má plány do budoucna (Šefránek, 2007).

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologie výzkumu

5.1 Výzkumná oblast – předmět výzkumu

Pro realizování výzkumného šetření jsem si vybrala prahovou službu Kontaktního centra CPPT, o.p.s, a sice zprostředkování léčby závislosti v terapeutické komunitě.

Hlavním výzkumným zaměřením předkládané bakalářské práce je popis skutečnosti, jak pracovníci postupují při práci s klientem, který žádá o pomoc se zprostředkováním léčby své závislosti v terapeutické komunitě a zda svým přístupem, zkušenostmi a znalostmi mohou ovlivnit klientovo rozhodnutí, zda léčbu podstoupit, či nikoliv.

5.1.1 Představení sledovaného zařízení – Kontaktní centrum CPPT, o.p.s.

Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s. poskytuje služby prevence vzniku nežádoucích sociálních jevů, zejm. závislostí na návykových látkách, a dále služby snižující nežádoucí zdravotní a sociální dopady zneužívání návykových látek na jednotlivce, jeho blízké osoby a společnost. Spektrum služeb umožňuje zájemcům nalézt při spolupráci optimální konstruktivní způsob řešení jejich nelehké životní situace včetně podpory při vykročení do života bez závislosti.

Kontaktní centrum, CPPT, o.p.s. poskytuje odborné sociální služby osobám starším 15ti let, které hledají podporu při řešení sociálních a zdravotních obtíží, do nichž se dostaly ony samy či jejich blízcí v důsledku experimentování či pravidelného užívání návykových látek. Poskytované služby snižují rizika a důsledky zneužívání návykových látek, umožňují klientům najít bezpečný prostor pro řešení aktuálních problémů a hledání přijatelných cest ke zmírnění rizik dosavadního životního stylu nebo k životu bez návykových látek, k léčbě závislosti a návratu do většinové společnosti (Průvodce poradenskými službami KC CPPT, o.p.s.).

5.2 Výzkumný problém

Ústředním tématem tohoto výzkumu je fakt, že Kontaktnímu centru CPPT, o.p.s. se z mého pohledu nedaří posílat klienty do terapeutické komunity, klienti obecně málo žádají o službu zprostředkování léčby své závislosti.

V našem Kontaktním centru se velmi často stává, že klient nejprve zkusí ambulantní podporu v abstinenci a až po chvíli se ukáže, že to nezvládá, v teprve tento okamžik se přiklání k řešení své závislosti v podobě „zavření se někam“. Možná ze strachu, možná z falešných představ, volí klienti častěji jemnější formu rezidenční péče, a sice

psychiatrickou léčebnu. Bohužel většinou se stává, že klient po absolvování pobytu v psychiatrické léčebně dál v systému léčebné péče nepokračuje, po pár měsících abstinence si připadá jistý a schopný normálně fungovat. Za nějaký čas se znovu objeví u našich dveří. Trochu mě mrzí, že v našem zařízení se příliš nedaří klienty směřovat rovnou do terapeutické komunity. Klienti, kteří mají pobyt v psychiatrické léčebně za sebou, hovoří o tom, že jim to nic nedalo, byla to ztráta času, připadali si jako v „kriminále“. Logicky pak mají nedůvěru v každou další nabízenou pomoc. Terapeutickou komunitu ale odmítají i z jiných důvodů. Třeba protože jsou úzkostní z toho, že se jedná o velmi náročný, dlouhý pobyt, neumějí se prezentovat před skupinou, nechťejí veřejně mluvit o své vnitřní bolesti, minulosti, rodině, mají strach, že si nebudou s ostatními rozumět, že zklamou.

Další překážkou při práci na zprostředkování pobytové léčby bývají dlouhé čekací doby pro nástup. Klient, který se pro změnu rozhodne z minuty na minutu, je pak netrpělivý a zklamaný, že jej nelze umístit bezprostředně poté, co nás osloví. Navíc doporučení do léčby vystavujeme nejdříve po 3 schůzkách, kdy mapujeme klientovu motivaci, probíráme jednotlivé varianty intervence, jejich výhody a nevýhody, posilujeme klientovy dovednosti a celkově jeho silné stránky, je to také prostor pro vyjádření klientových obav a jejich zmírňování. Vycházíme z přesvědčení, že kvalitní léčbě závislostí má předcházet zkušební období. Během přípravy na léčbu si klient ujasňuje svoji motivaci, osobní cíle a svá očekávání od léčby. Pracovník s klientem vždy vybírá nejvhodnější způsob léčby. Věříme, že se tím zvyšuje naděje na úspěšnou abstinenci od návykových látek. V rámci přípravy poskytujeme rovněž sociální práci se zaměřením na kontinuální nástup do pobytové léčby. Podpora pak trvá až do chvíle, než klient na léčbu nastoupí.

Přesto je velmi častým jevem vypadnutí klienta ze spolupráce předtím, než dojde k jejímu oficiálnímu ukončení. Klient někdy ani nepočká na oznámení termínu nástupu, někdy zase přestane komunikovat těsně poté, co se termín nástupu dozví.

Tomuto tématu jsem se tedy rozhodla věnovat, abych nejen sama sobě, ale i svým kolegům osvětlila, jak aplikujeme své znalosti a zkušenosti v praxi, zda jdeme správným směrem. Pro ucelený pohled mne zajímala i jiná zařízení stejného typu pro možnost srovnání.

5.3 Výzkumný cíl

Mým cílem je zjistit odpovědi na otázky vztahující se ke zkušenostem, k názorům, znalostem pracovníků Kontaktního centra CPPT, o.p.s, a celkovému vnímání terapeutické komunity jako prostředku na cestě k uzdravě a zda pracovník může nějak ovlivnit využitelnost této prahové služby (zvýšit zájem). Ráda bych tímto umožnila sobě a svým kolegům pochopit, proč je kapacita této služby nenaplněna, dále bych chtěla identifikovat,

zda má náš tým v této oblasti nějaká slabá místa a pokusila se přinést podněty pro další rozvoj (jak služby, tak pracovníků).

5.4 Výzkumné otázky

Na základě formulace výzkumného problému a cíle jsem si pro potřeby výzkumného záměru stanovila tyto tři výzkumné otázky:

- 1) Jak pracovníci postupují v procesu přípravy klienta na dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě?
- 2) Mají pracovníci nějaký vliv na vstup klienta do této služby a jeho setrvání ve spolupráci?
- 3) Mají pracovníci nějaký vliv na výstup klienta ze spolupráce?

5.5 Výzkumná metoda

Vzhledem k tomu, že mým výzkumným záměrem bylo hlouběji prozkoumat z několika rovin názory pracovníků na službu zprostředkování léčby závislosti, zvolila jsem kvalitativní výzkum. Výhodou kvalitativního výzkumu je, že se individuálně zaměřuje na perspektivu aktéra.

Hendl (2005) shrnuje výhody a úskalí kvalitativního výzkumu:

Přednosti kvalitativního výzkumu: Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události; zkoumá fenomén v přirozeném prostředí; umožňuje studovat procesy; umožňuje navrhnout teorie; dobře reaguje na místní situace a podmínky; hledá lokální příčinné souvislosti; pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.

Nevýhody kvalitativního výzkumu: Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí; je obtížnější testovat hypotézy a teorie; výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

Předkládaný výzkum je založen na fenomenologickém přístupu, který klade důraz na porozumění, jak jedinci vnímají určitou zkušenost. Získaná data jsou pak transformována do popisu zkušeností, jsou porovnávány jednotlivé segmenty dat, vznikají kategorie a témata. Využívá obsahovou analýzu (Hendl, 2005).

5.6 Technika sběru dat

Data pro svůj výzkum jsem shromažďovala mezi svými kolegy v Kontaktním centru, CPPT, o.p.s. Pro účely výzkumu jsem použila techniku interview. Rozhovor má tu vlastnost, že umožňuje porozumět zkušenosti. Rozhovor byl konstruován jako polostrukturovaný s otevřenými otázkami. Charakterizuje jej předem stanovené schéma otázek doplněné o otázky, které vyvstanou během rozhovoru. Hendl (2005) doporučuje tento typ rozhovoru v případě, že odpovědi se mají srovnávat. Průběh interview byl zaznamenáván na diktafon a následně přepsán do písemné podoby. Délka jednoho rozhovoru se pohybovala v rozmezí od 30 do 45 min, během dotazování nenastaly žádné komplikace. Respondenti s nahráváním rozhovoru předem souhlasili, svou roli pojali velmi zodpovědně, bylo znát, že nad odpověďmi přemýšlejí a byli velmi sdílní.

Pro ucelený pohled na věc jsem také e-mailem oslovila vybraná Kontaktní centra v ČR s žádostí o sdílení zkušeností se službou zprostředkování léčby závislosti v jiné praxi. Jejich úkolem bylo odpovědět na dvě jednoduché otázky. Zároveň jsem v průběhu výkonu své práce žádala klienty o stručné vyjádření jejich názoru na pobytovou léčbu. Odpovědi jsem si následně písemně zaznamenala.

5.7 Výzkumný vzorek

Výzkum je zaměřen především na pracovníky Kontaktního centra CPPT, o.p.s. jako nositele informací a průvodce v procesu přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě. Vzorek byl vybrán zcela záměrně, nebyla stanovena žádná kritéria - rozhovoru se zúčastnily 4 osoby. Dále jsem oslovila vybraná Kontaktní centra po celé ČR, abych zjistila, kolik ročně posílají klientů do léčby, v jakém případě je klienti s žádostí o zprostředkování léčby oslovují a jaké v procesu přípravy klienta na léčbu používají metody, techniky. Okrajově jsem se zároveň doptávala klientů, jaký mají názor na léčbu závislosti a co by potřebovali k tomu, aby se pro ni rozhodli.

Tabulka č. 4: Profil respondentů

| Jméno | Dokončené vzdělání | Další vzdělávání | Pracovní pozice | Délka praxe |
|--------------|--|---|---|--------------------|
| Klára | Bc. obor sociální práce DiS. obor sociální práce | Mgr. obor řízení a supervize v neziskových organizacích, výcvik v poradenských dovednostech v Gestalt terapii, Základní a pokračující krizová intervence | Vedoucí KC, sociální a kontaktní pracovnice | 12 let |
| Lenka | Bc. obor sociální práce | Výcvik v poradenských dovednostech v Gestalt terapii, Základní krizová intervence, kontakt s psychiatrickým pracovníkem | Sociální a kontaktní pracovnice, zástupce vedoucí | 15 let |
| Radek | Bc. obor kulturní a sociální antropologie DiS. obor sociální práce a sociální pedagogika, | Kurz pracovníka v sociálních službách, základní krizová intervence | Sociální a kontaktní pracovník | 4 roky |
| Jana | Bc. obor veřejná správa a regionální rozvoj DiS. obor bezpečnost obyvatelstva | Kurz pracovníka v sociálních službách, základní krizová intervence | Sociální a kontaktní pracovnice | 2,5 roku |

Z tabulky je patrné, že někteří pracovníci mají dlouholeté profesní zkušenost, jiní jsou v praxi krátce. Lze z ní zároveň vysledovat, že tým je velmi interdisciplinární, což může být výhodné z hlediska informovanosti z různých oborů, navzájem se mohou inspirovat a poskytovat si cenné rady nejen v přímé práci s klientem.

5.8 Analýza dat

„Kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku“ (Hendl, 2005, str. 223). V průběhu přepisování rozhovorů jsem sledovala dvě základní oblasti, a sice rovinu znalostí, zkušeností a rovinu postojovou, týkající se názorů. Respektive zajímala jsem se o to, co pracovníci vědí o terapeutických komunitách a jak postupují v procesu přípravy na léčbu

v terapeutické komunitě, včetně otázek kolem vstupu a výstupu klienta ze spolupráce. Pomocí fenomenologické interpretace jsem pak zkoumala odpovědi jedinců, hledala, zda se u respondentů vyskytují společné rysy a závěrem popsala názory, postoje a zkušenosti pracovníků se zkoumanou situací. Účelem bylo přispět k porozumění fenoménu vyskytujícímu se mezi aktivními uživateli návykových látek, a sice couvnutí z původního záměru vydat se směrem bez závislosti. Zároveň jaké faktory sehrávají roli v případě, kdy se klient připravuje na změnu a zda může pracovník nízkoprahového zařízení nějakým způsobem ovlivnit klientovo rozhodnutí (ať už pozitivně, či negativně). Výstup ze zpracovaného tématu poslouží k pochopení tohoto jevu, aby bylo možné na něj lépe reagovat či přijmout určitá opatření.

5.9 Etická klauzule

Oslovení respondenti byli předem informováni o všech aspektech, které s výpovědí souvisí. Tyto osoby byly seznámeny s cílem a účelem práce, stejně jako s možností odmítnutí spolupráce. Svůj souhlas se zpracováním rozhovoru, jejich osobních údajů a použitím identifikace zařízení pro účely této bakalářské práce vyjádřili ve formě informovaného souhlasu. Přiložený přepis rozhovoru je též zveřejněn se souhlasem účastníka.

6 Interpretace dat

Tato kapitola si klade za cíl interpretovat výsledky provedeného výzkumu. Konkrétně je zde popsán způsob, jak jednotliví pracovníci postupují při přípravě na pobytovou léčbu, dále shrnují jednotlivé příležitosti a hrozby, které byly na cestě ke klientově úzdavě respondenty identifikovány.

6.1 Proces přípravy na léčbu v TK z pohledu respondentů

Respondenti na otázku, jak zjišťují, zda mají klienti **zájem o léčbu své závislosti**, odpovídají tak, že během využívání služeb s klienty komunikují, doptávají se, také záleží na situaci, v jaké se klient nachází, v rámci práce s krizí je standardní léčbu nabídnout, o někom se ví, že by ho vyptávání štválo, tak se vyčkává na vhodnou chvíli. Pracovnice říká: *„je to hodně o komunikaci s klientem, lidem je to nabízeno. Když přijdou do služby, tak jim říkáme, s čím vším jim můžeme pomoci. Když si všimneme, že někdo má k léčbě nakročeno nebo se o to zajímá, tak se doptáváme.“* Většinou se však stává, že lidé přijdou a řeknou si sami o pomoc, i pracovníci se je však snaží motivovat. Jinak např. nově přichozí klienti jsou na začátku informováni o všech službách, které Kontaktní centrum nabízí.

Důvody, jež přivádějí klienta žádat o pomoc se zprostředkováním léčby své závislosti jsou dle pracovníků, když se něco vymkne, klient život s drogou již nezvládá, někdo jej někdo tlačí. Je to bod zlomu, buď si klient sáhne na dno, drogy ho ničí, bilancuje, co bude dál, když nepřestane (*„nesetkala jsem se s tím, že by klient přišel jen tak, že už na to prostě kašle“*). Také to bývá nutnost, protože potřebují doporučení pro vstup do TK.

Pracovníci Kontaktního centra uvádějí, že v **procesu přípravy klienta na léčbu** postupují tak, že si s klientem nejprve sednou a zjišťují, co vlastně potřebuje, s čím přichází. Seznamují se s jeho příběhem, snaží se rozkrýt, zda klientova zakázka skutečně odpovídá vyřčenému přání a zda je pro klienta pobytová léčba tou nejvhodnější variantou, probírají s ním výhody a nevýhody jednotlivých typů léčby. Zároveň se snaží navázat vztah, na klientovi pak nechávají, co na konzultace přináší za témata, ale je důležité, aby témata nosil, i kdyby šlo o docela banální záležitosti. Pracovníci se shodují, že tím klienty učí o sobě přemýšlet a mluvit. Dále jako důležitou součást přípravy na léčbu považují motivační trénink, práci s krizí, práci s relapsem, předávání klientovi relevantních informací, které s léčbou souvisejí, sociální práci ve smyslu zajištění potřebných věcí jako jsou doklady, peníze, doprava a další. Při práci s klientem se nesnaží pouštět do čistě terapeutických technik, traumatické události nechávají klienty odnést do léčby, kde je možné s tím hlouběji a odborně pracovat. Jako vhodný prvek do své práce zařazují úkolování, aby měl klient do léčby vše připraveno, klienty oceňují (*„snažím se klienta hodně oceňovat, chápat,*

že je to pro něj těžké, může to pro něj být důležité, protože ve svém okolí většinou nemá nikoho, kdo mu věří, takové věci od ostatních nedostává“) za jejich snahu a neodsuzují, když se klientovi vše nepodaří napoprvé (včetně možné recidivy).

Příprava na léčbu by měla dále dle vyjádření respondentů **obsahovat** konečné rozhodnutí, kam do léčby klient chce, pak se spojit s vybranou léčbou a zjistit informace k nástupu, probírat s klientem očekávání, obavy, z čeho má strach, jeho předchozí zkušenosti s léčbou, připravit ho na to, co ho v terapeutické komunitě čeká. Respondentka věří, že *„je dobré probrat s klientem jeho strach z léčby, na co se v léčbě připravit, zda někdy v léčbě byl, co tam zažil, co tam bylo dobré/špatné.“* Nezbytné je také vytvoření bezpečného prostoru pro mluvení.

Dotazovaní pracovníci dále zastávají názor, že jejich **role v procesu přípravy klienta na léčbu** je taková, že klienta doprovázejí, podporují, zjišťují a předávají informace, motivují, plánují. Všichni pracovníci udávají, že není dobré přebírat aktivitu za klienta, naopak klienta je vhodné zmocňovat. Svůj postoj odůvodňují tak, že pokud si klient co nejvíce věcí zařídí, posiluje to jeho motivaci do léčby nastoupit, co si člověk udělá sám, toho si víc váží, má z toho větší radost. Také to není fér vůči klientovi, protože léčba v komunitě bude hlavně o něm a pracovník mu nástup neusnadňuje a vlastně mu tím, že za něj pracuje, nepomáhá. Jedna pracovnice přiznává: *„pokud bych vše dělala za klienta, tak by mě to rozčilovalo, byla bych naštvaná jak na klienta tak na sebe, a pokud by se to nakonec nepovedlo, tak to bolí a je otázka, co s tím pak dál.“*

Shodují se však, že existují **výjimky, kdy lze klientovi poskytnout více podpory a pomoci**, např. pokud je klient velmi sociálně nekompetentní – *„tak bych ho asistenčně doprovodila“*, pokud by byl ve velmi špatném stavu – *„tak bych třeba do léčby za něj zavolala nebo bych některé věci vyplnila s jeho souhlasem“* nebo když nemá nikoho, rodinu – *„můžeme se domluvit na odvozu“*. Také pokud má klient psychiatrickou diagnózu, je důvod pro větší podporu. Někaké minimum však musí klient vždy udělat, alespoň se o to pokusit.

Předléčebné poradenství vnímají respondenti jako potřebné, jelikož umožňuje klientovi, aby se mohl vypořádat s přechodem do léčby, aby se mohl připravit na to, co ho čeká, jaké mohou nastat situace, které jsou pro něj rizikové a jak se s nimi vyrovnat. Klient by měl vědět, že terapeutická komunita je náročná, že to bude těžké, ale zároveň mu je poskytnuto ujištění, že jde správným směrem. Klient by měl také vědět, že když chce do léčby, tak nemusí sám doma odabstínovat, že když stále užívá, tak aby to nebral jako selhání. Pracovníci se domnívají, že je to také o respektu ke klientovi – někdo chce jen poradit, připravit léčbu a žádné poradenství k tomu. Většinou si klient sám řekne, co potřebuje. V neposlední řadě předléčebné poradenství slouží k předání informací, podpoře, poskytuje

prostor pro mluvení o strachu a zklidnění – „*myslím, že ta možnost mluvit o strachu je důležitá pro spoustu klientů.*“

Pokud pracovníci přemýšlejí o **kritériích pro výběr terapeutické komunity**, které uplatňují na straně klienta, ale i samotné komunity, hovoří nejčastěji o tom, že je na straně klienta zajímavá jeho věk, jeho drogová kariéra – jak dlouho a co užívá, osobní charakteristiky klienta, jeho zdravotní stav, zda je u klienta přítomna psychická porucha (duální diagnóza), zda se jedná o matku s dítětem, jaké jsou jeho vztahy s rodinou a jaké má o terapeutických komunitách mínění (mnohdy ovlivněné tím, co říkají ostatní klienti), je důležité i znát, odkud klient pochází – pracovníci se nebojí klienty posílat dál od místa bydliště. Na straně terapeutické komunity se zaměřují na to, jakým stylem se v komunitě pracuje, zda spolupracují i s rodinou, jakou mají cílovou skupinu, jaké je prostředí komunity a její zaměření – zda je či není křesťanská, zda je komunita v kontaktu s lékařem, jaké tam mají aktivity, zda pracují s duálními diagnózami, jací jsou tam terapeuti, zda jsou muži odděleni od žen.

Svůj **názor na současný stav služby zprostředkování závislosti**, zda je o ni zájem a počet klientů poslaných do léčby je v Kontaktním centru CPPT, o.p.s. dostatečný vyjadřují pracovníci tak, že zájem je, je v posledních letech stabilní, někteří klienti o tom jen mluví, jiní se o to i pokoušejí, ale možná že to více nevychází, protože tato služba je nastavena spíše poradensky. Vzhledem k cílové skupině Kontaktního centra a nízkoprahovému zaměření je však skutečný počet klientů poslaných do léčby dostačující. Pracovnice říká: „*jsme nízkoprahové zařízení především, je docela úspěch, když někdo z ulice se dostane jen na detox, už jen že se o to pokouší a pravidelně přichází to řešit.*“

6.1.1 Proces přípravy klienta na léčbu v TK z pohledu vybraných KC

Do výzkumu se zapojila celkem tři Kontaktní centra, která byla ochotná sdělit svoje zkušenosti. Na otázku **jaké motivy přivádějí jejich klienty, když žádají o pobytovou léčbu**, uvedli, že 1) „*motivace je skutečně individuální záležitost. Někteří klienti přichází proto, že je k tomuto rozhodnutí přiměli blízcí a tudíž to dělají pro ně, většinou to sami hodnotí tak, že jim nic jiného nezbyvá, chtějí mít klid od různých naléhání a výčitek svých blízkých. Ale v takových případech často léčbu ukončí předčasně. Ne vždy. Pokud totiž zprostředkováváme pobytovou léčbu klientům, pracujeme dle metodik tak, aby si před nástupem do léčby byli schopni uvědomit, že to dělají pro sebe a tu šanci ke změně svého životního chování mají. Klienty vedeme tak, že využití individuálního poradenství alespoň ve třech setkáních je naší podmínkou před odesláním zprostředkované žádosti. Krásné je, že v mnoha případech je jejich motivace k léčbě výsledkem naší dobře provedené práce, kdy je právě cílem našich služeb motivovat osoby k takovým činnostem, které vedou ke změně jejich nepříznivých životních situací.*“ 2) „*Motivem je nejčastěji jejich tíživá,*

a velmi často již kritická životní situaci (jsou na dně). Dále velkou zásluhu na rozhodnutí léčby jsou vztahy ať již rodinné nebo partnerské.“ 3) „Většinou jde o komplexní stav nespokojenosti se současným stylem života, popohnaný nějakým spouštěčem (např. ultimátum od rodiny nebo partnera, zdravotní stav, hrozba trestního stíhání)“

Ptala jsem se také, **jaký způsob práce volí při práci s klientem na zprostředkování pobytové léčby závislosti**, dostala jsem odpovědi: 1) *„Vždy se při naší práci osvědčil přístup bezpodmínečného přijetí a opět u každého klienta je potřeba zvolit jiný přístup, přesto vždy zaměřený na jeho situaci. Nejčastěji používáme techniku zrcadlení.“* 2) *„Nejčastějším způsobem jsou motivační pohovory, poradenství formou podpory v abstinenci, při kterém využíváme techniky KBT, např. 11 kroků ke změně, prevence relapsu.“* 3) *„Individuální strukturované poradenství. Klient musí prokázat motivaci k léčbě, a až poté (většinou 3. konzultace) mu napíšeme doporučení k léčbě. Poradenství probíhá v ideálním případě i nadále, s klientem se řeší, co je potřeba před léčbou zařídit, jak se tam dostane, očekávání od léčby, ošetřuje se opadnutí motivace k nástupu. Co fungovalo – konkrétní postupy: zvážení plusů a minusů současného života a po vstupu do léčby, napsat všechnu motivaci na papír, rozhovory o zlepšení vztahu s rodinou/partnerem, umocnění vidiny vystoupení ze současného kolotoče braní, u opiátových klientů zařízení legální substituce do nástupu do léčby, sociální stabilizace – dávky, doklady – jsou vidět kroky.“*

6.2 Povědomí respondentů o TK (funkce, specifika, aj.)

Na úvod byla pracovníkům položena velmi obecná otázka, co si představí pod pojmem **léčba a k čemu by měla směřovat**. Pracovníci se v tomto velmi shodli, zaznívalo, že léčba je něco, co pomůže člověku vyrovnat se se závislostí, je to práce s problémem, nový start do života. Měla by směřovat k tomu, aby se stav zlepšil, ideálně odstranil, k resocializaci a návratu do běžného života. Jeden z pracovníků tuto otázku vystihuje tak, že *„člověk je nějak nemocný nebo má problém a prostřednictvím nějakého působení lidí, medikamentů, terapie, se zapracuje na tom, aby se jeho stav zlepšil a mohl žít plnohodnotný život.“*

Jaké má terapeutická komunita **postavení** v rámci léčebného systému **a jaká je její funkce** pracovníci vnímají tak, že komunita je dobrý nástroj pro ty, kteří většinu života strávili v drogové komunitě a těžko se začleňují zpět do normálního života. Tvrdí, že pokud si klient komunitou projde, je známkou určitého zocelení, klienta dobře připraví do života, právě pro náročnost absolvování terapeutického programu. Navíc nabízí prostor pro řešení nejen závislosti, ale i jiných věcí, které závislost přinesla. *„Vnímám komunity jako velice potřebné. Myslím si, že jsou nezbytné. Ve mně pořád zůstává, že TK jsou pro lidi, co dlouhodobě užívají a během té drogové kariéry ztrácejí spoustu návyků, základních dovedností ale i komunikaci s rodinou a rodinu a během pár měsíců to napravit nejde. TK*

tomu dává větší prostor – není tam prostor jen pro závislost ale i pro ostatní věci, které závislost do života přinesla.“ Pracovníkům se zároveň líbí, že v komunitě klient není zodpovědný jen sám za sebe ale i za ostatní, v komunitě se přizpůsobuje řádu, má nějaký režim a aktivně se podílí na jejím chodu.

Velmi záludně se jevila otázka zaměřená na **vědomosti o jednotlivých komunitách**. Pracovníci přiznávali, že mají jen základní informace, některá specifika jsou jim známa např. kam poslat matku s dítětem, kam adolescenta, kam naopak klienta staršího, kam s duální diagnózou, kde se intenzivněji pracuje s rodinou. Dále sdělovali, že znají názvy komunit a kde jsou po ČR rozmístěny, detailnější informace však hledají pomocí internetu nebo telefonického kontaktu s příslušnou komunitou. Kontaktní centrum má také zpracovánu složku o terapeutických komunitách, kde lze potřebné informace též dohledat.

Proč by měl klient léčbu absolvovat a co by si z ní měl odnést, tak zněla další otázka, na kterou mne zajímala odpověď. Nutno podotknout, že zcela zásadní význam v této otázce má pojem zodpovědnost, kterou uvedli všichni respondenti. Zodpovědnost nejen k sobě, ale i ostatním. Dále zaznívala hesla jako rozvoj, sociální stabilizace, obnova normálních forem chování, příprava do běžného života. Přínosem pro klienty dle pracovníků je fakt, že si v komunitě mohou osvojit nástroje jak fungovat bez drog, mají možnost řešit svoje problémy, učí se sebekontrolu a užívání zdravých alternativ řešení problémů, získají odolnost vůči zátěži (*„je dobré projít si tou fyzickou i psychickou zátěží, naučí se pracovat s ohromným vyčerpáním a naučí se uvolňovat jinak, než tím, že sáhne po droze“*), pracují tam s chutěmi, obnovují vztahy – s rodinou, prací i ty mezilidské. Klient by si měl odnést také to, že terapeutickou komunitou to nekončí, je potřeba doléčování a není to žádná hanba.

6.3 Příležitosti a hrozby na cestě ke klientově úzdavě

Aby se podařilo **napojit klienta na službu** zprostředkování léčby závislosti je dle pracovníků na jedné straně potřeba, aby klient přišel a měl zájem se svou situací něco udělat. Důležitá je tedy klientova motivace. Na druhé straně záleží také na pracovníkovi, který by měl umět klienta natuknout ve správnou chvíli, šikovná intervence může klientovu motivaci rozvinout. Pracovník uvádí, že *„je důležité, aby klienti měli možnost nahlédnout ty věci, které na drogách nefungují, ty průšvihy, které se jim stávají díky tomu, že jsou na ulici a berou.“* Důležité je vybudovat dobrý a bezpečný vztah, který může klienta podporovat k jeho kroku vstoupit do léčby. Někdy je to také otázka aktuálního rozhodnutí a zásadní je dostupnost

Setrvání ve spolupráci ovlivňuje klientova motivace a to, v jaké je momentálně situaci. Důležité je navázat vztah a pěstovat důvěru. Pracovníci klientům nezastírají náročnost

a těžkost jeho rozhodnutí, ukazují mu, jaký je jejich život nyní a jaký může být. Pracovníci důležitost spatřují také v uvědomění si, že se jedná převážně o uživatele drog z ulice a přehnané nároky je mohou odradit. Pracovníci klientům nechávají otevřené dveře, neznamena to, že když selže, že už nemůže znovu přijít – *„klient musí cítit, že ho tady nikdo nebude soudit, že to riziko recidivy je, ale aby věděl, že může přijít, i když zrelabuje a neměl pocit, že někoho zklamal nebo se styděl.“*

Jaké by měl mít pracovník a **dobrý poradce** kvality, respondenti hodnotí následovně. Pracovník by měl být empatický, zaměřený na klientova přání, měl by být důvěryhodný, přátelský, chápavý, trpělivý, vstřícný, komunikativní, milý, upřímný, tolerantní, vzdělaný v oboru, výhodou je, pokud má výcvik, měl by držet hranice, měl by umět podpořit a ocenit, neměl by podléhat příliš svým emocím a *„neměl by zpychnout, pokud se klienti obracejí jen na něj, neměl by mít pocit vlastní výjimečnosti a nepostradatelnosti, naopak je žádoucí, aby si klienty nevázal jen na sebe.“*

Vlastní zkušenost v rámci stáže v terapeutické komunitě nemá ani jeden dotazovaný pracovník. Dva však uvedli, že by o stáž v komunitě měli zájem. Shodně se respondenti doplňovali ve výrocích, čím by je mohla vlastní zkušenost s komunitou obohatit. Uvádějí, že by si byli jistější, co klientovi doporučují. Skrze osobní zkušenost by pracovníci lépe věděli, jak se klienti cítí, mohou vnímat, co vnímá klient, *„když člověk mluví z vlastní zkušenosti, tak je věrohodnější.“*

Během procesu přípravy na léčbu v terapeutické komunitě mohou nastat **překážky při práci s klientem**. Taková situace dle pracovníků může nastat v případě, že se nějak změní klientova situace, nastane něco, co nedokáže zvládnout, rozejde se s partnerem, přijde o bydlení, začne tedy znovu více brát, začne stagnovat, přestane docházet a už „nic nemá cenu“. Někdy třeba poruší pravidla programu a není možné dále spolupracovat, jindy je to „obyčejný“ strach, co klient není schopen ustát. Pracovník může spolupráci pokazit, pokud při konzultaci otevře nějaké bolestivé události a klient to není schopen zpracovat nebo naopak pracovník něco podcení či příliš tlačí. Ve výpovědích dotazovaných též zaznělo, že roli hrají také přenosové a protipřenosové fenomény, špatně nastavené hranice, sympatie klienta vůči pracovníkovi, někdy si klient s pracovníkem neseďnou nebo klient dělá něco, co pracovník není schopen tolerovat. Nedobrovolnost klientů bývá také častým faktorem ovlivňujícím celkovou spolupráci.

Skutečné důvody, proč klient vystoupil ze spolupráce, pracovníci komentovali na základě zkušeností z minulosti. Uvádějí, že klienti pak zpětně reflektovali svoje rozhodnutí tak, že neuměli opustit drogovou komunitu a život s tím spojený, připadali si již staří na to něco měnit nebo příliš mladí – přístup „na léčení mám ještě času dost“ nebo měli např. obavy, kam se dostane jejich pes. Někteří klienti období před nástupem na léčbu pojali

jako rozloučení se starým životem, užívali drogy i ve větším množství a pak padli ještě hlouběji. Také se několikrát stalo, že měli nástup do vězení. Jiný pracovník uvedl, že klient odmítl nastoupit ze zdravotních či rodinných důvodů, jindy zase klientka spolupráci odmítla, poté co se dozvěděla termín nástupu, přesto však zvládla sama nastoupit – záleží tedy na klientovi, zda potřebuje podporu až do konce. Také se stalo, že klient odmítl nastoupit na pobytovou léčbu, protože uvěřil tomu, že svou situaci zvládá a pomohlo mu jen to, že mohl do kontaktního centra docházet.

Dotaz, zda mají pracovníci **nápady na zefektivnění** této služby, přinesl zajímavé závěry. Všichni pracovníci jako užitečné vnímají, kdyby se zúčastnili stáží nebo minimálně vyrazili se do některé komunity podívat např. v rámci otevřených dveří. Dále by uvítali, kdyby měli možnost osobně poznat terapeuty, kteří v TK působí. Také by byla potřeba více pracovníků, prostoru a času. Zaznělo, že „*mnohdy nemáme dostatek prosotru a času se zaměřovat na skutečné potřeby klientů, jak je snaha mít zabezpečený nízkoprah, nejsme schopni všechno zachytit, více pracovníků by znamenalo mít větší prostor a čas se klientům individuálně věnovat. Také není dobré, že se tu setkávají klienti, kteří mají zájem o léčbu s těmi nemotivovanými – již se stalo, že se tu potkali a nebylo jim to příjemné. Chtělo by to oddělit.*“ Možná také kdyby organizace CPPT, o.p.s. provozovala komunitu, byla by spolupráce kontinuálnější a rychlejší. Padaly úvahy o možnosti snížit práh a nároky, jiní však 3 schůzky považují za minimum, kterým klient prokáže, že má skutečně zájem. Dále by bylo dobré více se tomuto tématu kazuisticky věnovat, protože „*někomu se daří klienty do léčby posílat více, tak by bylo dobré sdílet, co se ve spolupráci dařilo jako inspirace pro ostatní.*“

7 Shrnutí a diskuse

Když se řekne léčba, většina z nás si vybaví léčbu v pobytovém zařízení. Ve stejném smyslu je pojmána i v této práci. Pobyt v zařízení, mimo realitu všedního dne, s sebou jistě nese značnou míru frustrace. Ne všichni jsou schopni tuto zátěž snášet. V případě volby vhodného typu intervence tedy hraje individuální variabilita jedince velkou roli.

S klientem se dá pracovat vždy, i když není momentálně motivován ke změně závislostního chování a zdánlivě potřebuje jen výměnu injekčních stříkaček. Čekat, až klient padne na samé dno, není nejefektivnější strategií. Přikláním se k názoru, že i nedobrovolné léčení může mít svůj smysl, protože každý čas strávený bez drogy může klientův náhled na jeho situaci významně ovlivnit a přispět ke změně postoje k sobě, ale i k samotnému užívání.

Zprostředkování léčby závislosti jako jedna ze služeb, kterou Kontaktní centra nabízejí, byla předmětem mého výzkumného šetření. Tato služba je velmi potřebná, jelikož poskytuje klientům podporu při tak těžkém rozhodnutí, jakým volba jít se léčit do terapeutické komunity jistě je.

Na základě analýzy provedených rozhovorů jsem dospěla k následujícím obecným závěrům:

1. Pokud klient o tuto službu žádá, přichází ve chvíli, kdy již dosáhl debaklového stavu a hodnotí svůj dosavadní život. Ještě předtím než klient sám usoudí, že léčbu potřebuje, pracovníci s ním o této možnosti komunikují, všímají si jeho projevů, zajímají se o jeho život a snaží se jej motivovat.
2. Předléčebné poradenství je vhodné a žádoucí, zejména proto, aby se klient mohl připravit na vstup do komunity, aby měl dostatek potřebných informací a mohl vyslovit svoje obavy a strachy. Zároveň není chyba, když jej klient nepotřebuje a jeho zájem o spolupráci je čistě technického rázu (výběr komunity, vystavení doporučení).
3. Je nutné zhodnocovat stav klienta a na jeho základě nastavit plán podpory a pomoci. Není dobré vykonávat za klienty to, co by primárně měli vykonat oni. Naopak důležité je klientovo zmocňování, dodávání odvahy k tomu, že klient má tu sílu zvládnout veškeré administrativní úkony potřebné k nástupu sám. Existuje však značná část klientů, pro které je zařídit si léčbu velmi komplikovaný proces – zde musí pracovníci vystupovat direktivně a přebírat za klienta jeho odpovědnost (komunita je od toho, aby se klient odpovědnosti učil, nemusí to tedy zvládat před léčbou).
4. Pracovníci mají základní povědomí o terapeutických komunitách, vědí, k čemu léčba směřuje, jakou má terapeutická komunita funkci, co by si klient z ní měl

odnést, jaké jsou jednotlivé komunity a znají některá specifika. Detailnější informace však sbírají až ve chvíli, kdy přichází skrze klienta s komunitou do styku.

5. Je nutné, aby se pracovníci dovzdělali, především formou sebezkušenosti s terapeutickou komunitou. Důležité je také znát jak funguje střednědobá léčba ústavní či stacionární.

S ohledem na stanovené výzkumné otázky, a sice Jak pracovníci postupují v procesu přípravy klienta na dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě? Mají pracovníci nějaký vliv na vstup klienta do této služby a jeho setrvání ve spolupráci? Mají pracovníci nějaký vliv na výstup klienta ze spolupráce? z provedeného šetření vyplývá, že:

Příprava klienta na léčbu v terapeutické komunitě je vedena tak, že pracovníci se s klientem seznamují, navazují s ním vztah, zjišťují jeho potřeby a přání, informují jej o možnostech léčby a vybírají s ním vhodnou komunitu, poskytují bezpečný prostor pro rozhovory o obavách a snaží se o jejich minimalizaci. Dále používají osvědčené techniky, především motivační trénink, krizovou intervenci, podporování, oceňování, akceptování a sociální práci, včetně úkolování a asistování.

Jako ***příležitosti na cestě klienta k uzdravě*** byly pracovníky definovány:

- nepříznivá životní situace – debaklový stav: klient, který je „na dně“ má snahu o změnu, minimálně je schopen o ní uvažovat,
- zájem o klienta: všímání si signálů, že s klientem není něco v pořádku, snaha zachytit klienta včas a nenechat ho spadnout „na dno“,
- umění pracovat s klientovou motivací: pracovník musí počítat i s nemotivovanými klienty, nevyhýbá se kontaktu, nečeká, až klient motivaci nalezne, naopak snaží se o její rozvíjení a upevňování,
- dostupnost služby: je důležité, aby měl pracovník prostor zabývat se klientovým rozhodnutím co nejdříve, zbytečně neodkládal termín setkání,
- ochota klienta spolupracovat: kooperace pracovníka a klienta je nezbytná, sám pracovník bez klientovi účasti moc nezmuže,
- terapeutický vztah, důvěra: ideálně pracovníka a klienta pojí nějaký vztah, klient potřebuje pracovníkovi důvěřovat, aby byl schopen navázat bližší kontakt,
- optimální nároky ze strany zařízení: na klienta by neměly být kladeny velké nároky, ani však není dobré nechtít po klientovi „nic“, jinými slovy pracovník by neměl přeceňovat klientovy síly, ale zároveň jej nepodceňovat a nechat prokázat určitou snahu,
- adekvátní časování intervencí: při práci s klientem je vhodné uvažovat o individuálním tempu klienta, je žádoucí plánovat, stanovovat dílčí cíle a především nic neuspěchat,

- interpersonální dovednosti pracovníka a jeho osobní kvality: schopnost jednat s lidmi přiměřeným způsobem má vliv na dosažení stanovených společných i individuálních cílů.

Hrozby na cestě klienta k uzdravě představují dle pracovníků:

- zhoršení klientovi situace v průběhu spolupráce: může se jednat o různé krizetvorné momenty, které ubírají klientovy síly, např. hrozba výkonu trestu odnětí svobody, infekční onemocnění, ztráta bydlení, partnera, rodiny, nepříznivý zdravotní stav a další,
- klientova nedobrovolnost: je-li klient v odporu a nemá chuť ke změně, je velmi obtížné získat jeho souhlas ke spolupráci, obvykle léčba není zdárně dokončena (nejedná se o klientovo rozhodnutí, tlak je vyvíjen ze strany partnera, rodiny, soudu),
- zkreslené informace o léčbě závislosti v terapeutické komunitě: především se jedná o vlastní klientovy fantazie umocněné vyprávěním vrstevníků, kteří léčbou prošli s negativní zkušeností,
- negativní zkušenost s předchozí léčbou: pokud klient v předchozí léčbě zažije něco nepříjemného, zpravidla bývá skeptický k další případné léčbě, ale i jakékoliv pomoci obecně,
- stáří: věk podstatně působí na myšlení klientů - mladí si nepřipouští problém, ještě nemají „odfetováno“, naopak po 35 roce věku už je těžké něco měnit, přesvědčení, že léčba je pro mladé,
- strach: většinou se jedná o obavy z tak radikální změny, doživotní abstinence, co bude po léčbě, jak vyplnit místo, které doted' zaujímaly drogy, otázky kolem zvládnutí léčebného programu, přijetí ostatními členy TK, zklamání všech co klientovi věřili v případě neúspěchu, stud,
- přehnané nároky ze strany zařízení: zahlcení úkolováním hned na začátku spolupráce či její přílišné protahování vede k rezignaci nebo vypadnutí z kontaktu, pokud rezignovaný klient neplní zakázku, pracovník může toto vnímat, jako že se nesnaží a sám vzdá jakoukoliv podporu,
- nějak narušený vztah klienta s pracovníkem: může se stát, že si klient s pracovníkem hned napoprvé nesesdne, což nemusí být nutně překážkou, je-li však vztah narušen zásadně tak, že nelze narovnat, působí tento fakt antiterapeuticky – např. nerespekt, přenos a protipřenos, porušování pravidel spolupráce, ale i zařízení, aj.,
- interpersonální dovednosti pracovníka a jeho osobní kvality: především neempatičnost pracovníka a neschopnost akceptace je kámen úrazu při práci s klientem.

Na základě porovnání použité literatury s rozhovory respondentů (stejně tak dotazování jiných Kontaktních center) jsem dospěla k tomu, že pracovníci vědí, jak postupovat v procesu přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě, používají vhodné techniky a jejich způsoby práce a postoje se příliš u jednotlivých pracovníků neliší. Zároveň si pracovníci uvědomují, že v některých věcech je třeba přidat (sdílení zkušeností, stáž), jinde ubrat (vysoký práh). Dále mohu konstatovat, že v jistém ohledu se pracovníci podílejí na klientově zájmu či nezájmu o zprostředkování léčby závislosti – momenty, na které má pracovník vliv, souvisejí s nastavením dané služby, se vzájemným vztahem mezi ním a klientem a s osobností pracovníka. Zásadněji se však na svém rozhodnutí podílejí klienti sami – velkou roli hraje klientova situace, stav, motivace, připravenost ke změně, různé fantazie a předsudky o léčbě. Pracovník by však měl v těchto chvílích vystupovat jako průvodce a měl by umět pomoci klientovi tyto situace překonat.

Z vyjádření samotných klientů vyplynulo, že k tomu, aby se odvážili jít do terapeutické komunity, potřebují chtít a mít to v hlavě srovnané. Dotazovaní klienti dále přiznávali, že jinak než žít stereotypním způsobem života s drogou neumějí a také mají strach.

Ukazuje se, že výzkumy zpracovávané na podobné téma přicházejí s velmi obdobnými závěry. Přestože bývají většinou zacíleny na výpovědi samotných uživatelů drog, výsledné odpovědi se shodují se zkušenostmi pracovníků. Například Fafejtová (2013) odhalila jako bariéry včasného nástupu uživatelů drog do léčby motivaci, malou informovanost a předsudky o léčbě, strach a obavu, také nepřipouštění si problému. Jedlička (2016) identifikoval šest následujících obtíží, které uživatelům brání v rozhodnutí podstoupit léčbu závislosti: zkreslené informace o léčbě, negativní zkušenost s léčbou, opakovaný výkon trestu odnětí svobody, přesvědčení léčba rovná se abstinence, strach z budoucnosti po léčbě a z nezaplnění prázdnoty. I on ve své práci uvádí stáří, ba jako klíčový prvek, který dokonce jednotlivé bariéry umocňuje. Po provedeném výzkumu a ve srovnání s ostatními výsledky lze pro praxi získané poznatky využít k uvědomění si překážek a komplikací, které mají určitý vliv na samotné klientovo rozhodnutí a jeho motivaci ke změně.

Mohu tedy jen doporučit, aby si pracovníci tyto příležitosti a hrozby při práci s klientem uvědomovali, využívali těch okolností, které klienty podporují a naopak minimalizovaly bariéry, které klienty brzdí v rozhodnutí změnit svůj život. Jako nezbytné vnímám fakt, aby pracovníci absolvovali sebezkušenostní stáž v terapeutické komunitě pro lepší vhled do fungování tohoto zařízení a vcítění se do kůže klienta, který terapeutickou komunitou prochází, včetně prožití pozitivních i negativních emocí. Boření mýtů o terapeutických komunitách a poskytování relevantních, pravdivých informací týkajících se dlouhodobé léčby je naprostou nutností, má-li klient překonat svůj strach a získat odvahu k nalezení

sama sebe. Přesto však věřím, že pracovníci pro klienty dělají v rámci svých provozních možností maximum.

Jsem si vědoma toho, že výsledky mého zjištění nelze generalizovat, neboť jsem svůj výzkum zaměřila pouze na jedno zařízení, smyslem této práce však bylo poskytnout tomuto konkrétnímu zařízení ucelený pohled na problém s předáváním klientů do dlouhodobé léčby a čemu do budoucna věnovat pozornost. Dále moje osobní angažovanost v kontaktním centru mohla ovlivnit objektivitu předkládané studie, přestože jsem se snažila dávat pozor, mohl se zde promítnout můj subjektivní pohled na věc.

Závěr

Ve své práci jsem se zabývala službou zprostředkování léčby závislosti, konkrétně jsem se zajímala o proces přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě. Dále mě zajímalo, zda pracovníci mohou nějakým způsobem ovlivnit, jestli klient o službu požádá a zároveň v ní i setrvá a do léčby skutečně nastoupí. Jednotlivé otázky jsem se snažila zjistit pomocí výpovědí pracovníků, kteří s klienty dennodenně pracují a mají i s procesem přípravy klienta na pobytovou léčbu praktické zkušenosti. Cílem bylo popsat, jak pracovníci postupují v procesu přípravy klienta na léčbu v terapeutické komunitě a objevit, zda existují momenty, na které má pracovník vliv, pokud klient vstupuje do spolupráce, anebo pokud z ní vystupuje. Pro popis těchto momentů jsem zvolila rozdělení získaných informací do kategorií příležitosti a hrozby, z nichž vyplynuly jednotlivé body.

Analýzou dat bylo rozeznáno 9 příležitostí na klientově cestě k úzdavě, a sice: Nepříznivá životní situace, zájem o klienta, umění pracovat s klientovou motivací, dostupnost služby, ochota klienta spolupracovat, terapeutický vztah, důvěra, optimální nároky ze strany zařízení, adekvátní časování intervencí, interpersonální dovednosti pracovníka a jeho osobní kvality, z nichž na 7 mají pracovníci přímý vliv a mohou tak jejich prostřednictvím kvalitu spolupráce ovládat a 9 hrozeb: zhoršení klientovi situace v průběhu spolupráce, klientova nedobrovolnost, zkreslené informace o léčbě závislosti v terapeutické komunitě, negativní zkušenost s předchozí léčbou, stáří, stach, přehnané nároky ze strany zařízení, nějak narušený vztah klienta s pracovníkem, interpersonální dovednosti pracovníka a jeho osobní kvality, které ve 3 případech představují riziko ze strany pracovníků. Ačkoliv na zbylé hrozby nemají pracovníci bezprostřední vliv, mohou však významně pomoci s jejich překonáním.

Práce mě osobně velmi obohatila, jelikož mi umožnila nahlédnout do práce mých kolegů a ujistila mne, že postupy jednotlivých pracovníků se nijak výrazně nerozcházejí, zároveň mi poskytla určité zklidnění a zmírnění mých pochybností o potřebnosti naší práce. Ve své závěrečné práci jsem se pokusila přinést poznatky o možnostech a bariérách, které ovlivňují klientovu úzdravu – pokud si jich budou pracovníci vědomi, je pravděpodobné, že budou lépe připraveni na klientovu zakázku. Domnívám se proto, že tato práce může být přínosem jak pro mé kolegy, tak i pro ostatní odborníky a veřejnost, kteří se o tuto problematiku zajímají. Respondenti se vyjadřovali i ke svým přáním a nápadům jak službu zefektivnit do budoucna. Bylo by tedy zajímavé po nějakém čase zopakovat výzkumné šetření a zjistit tak, jak je služba zprostředkování léčby závislosti dále realizována a zda došlo k nějakým změnám.

Seznam použité literatury

- [1] Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 8/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [2] Adameček, D. (2007). Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In: Nevšimal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [3] Bell, A., Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In: Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Praha: Grada publishing
- [4] Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 8/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [5] Broža, J. (2003). Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Kapitola 5/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [6] Broža, J. (2007). Klíčová pravidla a režim. In: Nevšimal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [7] Broža, J. (2007). Složení terapeutického týmu. In: Nevšimal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [8] Carroll, K., M. (1999). Integrace psychoterapie a farmakoterapie v léčbě užívání návykových látek. In: Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Praha: Grada publishing
- [9] Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s. (2010). Průvodce poradenskými službami Kontaktního centra CPPT, o.p.s. Plzeň: Euroverlag
- [10] Dvořáček, J. (2007). TK v podmínkách psychiatrické léčebny. In: Nevšimal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [11] Evropský index závažnosti návykového chování (1998). Pokyny k aplikaci rozhovoru EuropASI a zácvičku. Psychiatrické centrum Praha
- [12] Fafejtová, L. (2013). Bariéry včasného nástupu uživatelů drog do léčby. (Nepublikovaná magisterská diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie
- [13] Foitová, Z. a kol. (2014). Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
- [14] Gossop, M. (2009). Léčba problémů spojených se zneužíváním drog – důkazy o účinnosti. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [15] Hajný, M. (2012). Drogová závislost a krize. In: Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence. Praha: Portál

- [16] Hanzal, P. (2007). Léčba závislosti na drogách matek s dětmi v TK. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [17] Hartl, P. (2003). Poradenství. In: Matoušek, O. a kol.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál
- [18] Havránková, O. (2003). Případová práce. In: Matoušek, O. a kol.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál
- [19] Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál
- [20] Hrdina, P. (2003). Harm reduction - snižování poškození drogami. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Kapitola 5/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [21] Jedlička, O. (2016). Bariéry před vstupem do dlouhodobé pobytové léčby závislostí u injekčních uživatelů návykových látek ve věkovém rozpětí středí a starší dospělosti v kontextu Self-Esteem a Self-Efficacy. (Nepublikovaná magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta, Psychologický ústav
- [22] Kabátková, P. (2007). TK pro adolescenty. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [23] Kalina, K. (2003). Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Kapitola 4/9. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [24] Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 7/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [25] Kalina, K. (2003). Rozšiřování terapeutických možností. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 7/3. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [26] Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada
- [27] Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing
- [28] Kopřiva, K. (1997). Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál
- [29] Kostka, M. (2007). Volný čas. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [30] Koymann, M. (2004). Cíle léčby, nástroje a techniky. In: Nevšímal, P., Koymann, M., De Leon, G.: Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.

- [31] Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup. Kapitola 8/3. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [32] Mahdalíčková, H. (2014). Víme o drogách všechno? Praha: Wolters Kluwer
- [33] Mahrová, G. (2007). Péče o každodenní chod komunity. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [34] Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galen
- [35] Müllerová, P., Matoušek, O., Vondrášková, A. (2005). Sociální práce s uživateli drog. In: Matoušek, O. a kol.: Sociální práce v praxi. Praha: Portál
- [36] Navrátil, P. (2012). Vybrané teorie sociální práce. In: Matoušek, O. a kol.: Základy sociální práce. Praha: Portál
- [37] Nerad, J. M., Neradová, L. (1998). Drogy a mýty. Olomouc: Votobia
- [38] Nešpor, K. (2003). Úvod do diagnostiky a „matchingu“. In: Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Kapitola 4/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [39] Nešpor, K. (2007). Návykové látky a závislost. Praha: Portál
- [40] Nevšímal, P. (2007). Duální diagnózy. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [41] Nevšímal, P. (2007). Skupinové terapie. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [42] Nevšímal, P. (2007). Zdravotní péče. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [43] Radimecký, J. (2007). Programy pro rodinné příslušníky. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [44] Richterová - Těmínová, M. (2011). Matching. [prezentace Powerpoint]. Brno
- [45] Sobotka, J. (2007). Zázemí TK. In: Nevšímal, P. (ed.): Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/Magdaléna, o.p.s.
- [46] Šefránek, M. (2007). Průvodce léčbou v terapeutické komunitě – praktická příručka pro uživatele drog. Praha: NMS/Úřad vlády ČR
- [47] Šefránek, M. (Ed.) (2014). Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí – změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby. Praha: NMS/Úřad vlády ČR

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam tabulek a obrázků

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s pracovníkem

Příloha č. 3: Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa

Seznam tabulek a obrázků

Tabulky

Tabulka č. 1: Základní teorie poradenství a jejich cíle (str. 14)

Tabulka č. 2: Léčebné filosofie terapeutických komunit (str. 26)

Tabulka č. 3: Léčebný proces v terapeutické komunitě (str. 27)

Tabulka č. 4: Profil respondentů (str. 58)

Obrázky

Obrázek č. 1: Kolo změny (model stádií změny) dle Prochasky a DiClemente (str. 17)

Přepis rozhovoru s pracovníkem

- T: Mohla byste mi říci, jak vnímáte současný stav služby zprostředkování léčby závislosti? Je o tuto službu zájem? Je skutečný roční počet klientů poslaných do léčby z Vašeho pohledu dostatečný?**
- R:** No já si myslím, že o tuto službu zájem určitě je a že se to posouvá hodně někam dál, než to bylo v minulosti. Nedokážu specifikovat, zda ten zájem je dostatečný, on ten zájem od nich je, ale je těžký pro ně nějak nastoupit na tu léčbu, spousta z nich o tom mluví a část se o to i pokouší. Vzhledem k tomu, že jsme nízkoprahové zařízení především, tak si myslím, že máme docela úspěch, když někdo z ulice se dostane na detox, už jen že se o to pokouší a dochází pravidelně na schůzky, asi bysme byli raději, kdyby to bylo větší číslo.
- T: Jak byste charakterizovala pojem léčba a co je jejím cílem?**
- R:** To by mělo být něco, co pomůže tomu člověku vyrovnat se s tou závislostí a naučí ho nějak s tím pracovat, naučí ho se vrátit a žít bez drog. Mě léčba evokuje nemocnici a to si myslím, že by nemělo být stěžejní. Jsem ráda, že i do léčeben již přichází komunitní styl práce.
- T: Jak vnímáte terapeutickou komunitu v rámci léčebného systému, její postavení a funkci?**
- R:** Myslím si, že to pro klienty je velmi náročné a to, že komunitou projde, je známkou nějakého zocelení, mě by v komunitě bylo úzko, bylo by to pro mě těžké a to jsem drogy nikdy neužívala, takže si myslím, že to klienta dobře připraví do toho běžného života, všechno s čím se tam setká, vztahy, které tam zažije, mu může pomoci dobře zvládat ten život venku pak, nejenom vůči drogám, ale i v běžných věcech.
- T: Co víte o jednotlivých komunitách?**
- R:** Některé komunity jsou pro mladší, některé jsou luxusnější za více peněz, některé jsou zaměřené na víru, některé jsou více soběstačné jednotky, ale že bych něco víc věděla, takový přehled nemám, spíš když to potřebuji, tak si to načtu, nebo si tam zavolám.
- T: Zkuste mi sdělit argumenty (pozitiva), pro které by klient měl léčbu v terapeutické komunitě absolvovat? Co by si měl klient z terapeutické komunity odnést?**
- R:** Protože to chce a asi nějaká dlouhodobá závislost, naruší se mu tam celkově jeho současný životní styl, tam si může obnovit zpátky normální formy chování, jak se jedná jinak. Měl by být připravený jak zvládat jednak chutě a drogové hrozby, být připravený do běžného života, jak zvládat vztahy.

T: Jakým způsobem je zjišťováno, zda mají klienti Kontaktního centra zájem o léčbu své závislosti?

R: Je to hodně o komunikaci s klientem, těm lidem je to nabízeno, když přijdou do služby, tak jim říkáme, s čím vším můžeme pomoci, když si všimneme, že někdo má k léčbě nakročeno, nebo se o to zajímá, tak se doptáváme, bavíme se o tom, někdy klienti přijdou sami.

T: Co je potřeba k tomu, aby se podařilo klienta napojit na službu zprostředkování léčby závislosti?

R: Je potřeba, aby přišel. Nejdůležitější je, že má zájem, že s tím něco chce dělat, se svým životem, určitě tam může být důležitý i ten vliv pracovníků, to že s ním o tom mluví, snaží se ho zvrátit, ale větší podíl má klient. Důležité je umět klienta natuknout ve správnou chvíli.

T: Co je potřeba k tomu, aby ve spolupráci setrval?

R: Navázání dobrého vztahu, důvěra, ocenění, že ho tady nikdo nebude soudit, že je riziko, že se vrátí k závislosti, nebo že se něco nepodaří, aby věděl, že může přijít, i kdy že to stane, aby neměl pocit, že někoho zklamal nebo aby se nestyděl.

T: Jaké charakteristiky by měl mít dobrý poradce?

R: Měl by být empatický, neměl by svoje cíle přenášet na klienta, měl by se věnovat tomu, co chce hlavně klient, měl by umět najít zakázku i skrytou a nějak nenásilně to s klientem rozvést. I to že se klient vrací za poradcem, informuje o jeho kvalitách a na druhou stranu si poradce ty klienty neváže jenom na sebe, nemá pocit vlastní výjimečnosti. Myslím, že to je těžký být dobrý poradce. Hodně i závisí na charakteru a temperamentu poradce, a také jakou má praxi, zda má nějaký výcvik.

T: Jakou roli hraje pracovník v procesu přípravy klienta na léčbu? Jaké jsou jeho kompetence?

R: Měl by klienta spíš doprovodit, je to hodně o informacích, co klienta může v léčbě potkat, co tam může čekat. Myslím, že by se pracovník neměl pouštět do nějakých těžkých věcí, které neumí ošetřit, které jsou spíš na terapii, může se otevřít něco, co tomu klientovi bude bránit, aby do léčby nastoupil. Když vím, že na něco nemám, tak to nedělám, nechám ho, aby si to odnesl do léčby. Stěžejní je, aby klient věděl, co ho v léčbě čeká a mohl se na to připravit, jaké má očekávání, obavy. Kompetence pracovníka také záleží na domluvě s klientem, jestli to dělají spolu nebo pracovník něco, klient něco.

T: Umíte si představit, že za klienta vše potřebné související s nástupem do terapeutické komunity vyřídíte? Zdůvodněte, kdy ano a kdy ne.

R: Že bych vyřídila úplně všechno, s tím bych se neztotožnila, to by mi přišlo, že to pak není toho klienta, ale mohlo by se to třeba stát u nějakého nízkoprahového klienta, u kterého bych věděla, že je v takovém stavu a má o léčbu zájem, ale není schopen pro to něco udělat, ale asi bych to nevyřizovala všechno komplet, chtěla

bych, aby klient s nimi byl sám v kontaktu, že i pro toho klienta by to muselo být těžké, kdyby s tou léčbou neměl nic společného.

T: Co by měla příprava na léčbu obsahovat?

R: Informace, typy léčby – co chce za léčbu, co by pro něj bylo nevhodnější, oceňování, bezpečný prostor, prostor si promluvit, co se mu děje, sociální věci – má doklady, má dost peněz, má hygienické potřeby, aby to měl zajištěné.

T: Jak postupujete v procesu přípravy na léčbu v TK Vy? Jaké techniky používáte?

R: Snažím se klienta hodně oceňovat, chápat, že je to pro něj těžké, může to pro něj být důležité, protože ve svém okolí většinou nemá nikoho, kdo mu věří, takové věci od ostatních moc nepociťuje. Hodně jsou důležité i informace, jak to tam probíhá, co může řešit tady, co tam. Hodně to nechávám na tom, co by chtěl on, necpu mu svoje, když se mi pro něj líbí jiná komunita, nechávám to na něm, nebo s ním probírám, důvody proč tam, ale to že si on sám může rozhodovat, jej činí silnějším. Navazuji vtaž, mohou se kdykoliv ozvat, neodsuzuji

T: K čemu je vlastně předléčebné poradenství dobré?

R: Ze zkušenosti, měla jsem klienta, který se chtěl ujistit v tom nástupu a chtěl se na něj připravit, protože měl strach, že nenastoupí, protože se mu to již tak stalo – měl vyřízenou komunitu a nedojel tam. Mluvil o tom, že se tady potřebuje ujistit, že se tu zklidnil a mohl tady mluvit o svých obavách. Myslím, že ta možnost mluvit o strachu je důležitá pro spoustu klientů.

T: Jaká kritéria pro výběr terapeutické komunity uplatňujete na straně klienta, ale i samotného zařízení?

R: Koukám na to, co tam berou za lidi – berou kombinované závislosti, alkohol? Duální diagnózy? Jaké věkové hranice se vyskytují v jaké komunitě. Prostředí komunity, zda už v té komunitě ten člověk byl, někdo nechce do komunit, kde se pracuje s vírou v Boha. Taky беру в potaz, jací jsou tam terapeuti – s kterými jsem byla třeba v kontaktu přes telefon, jestli byli příjemní, je mi líp, když vím, že to můžu doporučit s klidným svědomím.

T: Máte zkušenost v rámci vzdělávání, stáže s některou z terapeutických komunit? Jak tuto zkušenost hodnotíte, čím Vás obohatila?

R: Nemám, ale zájem bych měla. Byla bych si jistější, co klientovi doporučuji a zároveň bych si zkusila, jak je to těžké tam přijít a být tam. Věděla bych lépe, jak se tam asi klient cítí.

T: Kde (kdy) mohou nastat překážky při práci s klientem?

R: To může být spousta věcí, napadá mě, že klient začne stagnovat, přestane docházet, nebo se může stát, že ho zavrou nebo poruší naše pravidla. Pracovník to také může zavinit, otevře něco špatného při konzultaci, něco podcení nebo někde příliš tlačí, klient se lekne. Můžou tam být přenosové a protiprenosové fenomény, porušování hranic ve smyslu sympatií klienta k pracovníkovi.

T: O jakých důvodech víte, že vedou klienta odstoupit ze spolupráce a přípravu na léčbu nedokončit?

R: Dost často se stávalo, že klient mě zařízenou léčbu, snažil se do poslední chvíle si užít svobodu, začal více užívat drogy a alkohol jako na rozloučení, tak se stalo, že padl ještě hlouběji, nebo termín nástupu prošvihl. A pak několik klientů říkalo, že měl vyřízenou léčbu a pak přišel VTOS.

T: Je podle Vás možné nějak zefektivnit tuto službu?

R: Bylo by potřeba mít více pracovníků – někdy ta kvalita jde na úkor kvantity, jak je snaha mít zabezpečený nízkoprah, tak není moc prostor na prahové služby a skutečné potřeby klientů nejsme schopni plně zachytit, více lidí – větší prostor se klientům věnovat. A také nás limitují prostory – úplně není příjemné při poradenství, aby se tu potkávali klienti, kteří se snaží o změnu s klienty, kteří změnu zatím nechtějí. Mluvili o tom, že když někoho potkali na chodbě, tak utekli. Kdyby naše organizace provozovala TK, bylo by to kontinuálnější, urychlilo by to spolupráci.

T: Je něco, na co jsme během rozhovoru zapomněli? Chtěla byste ještě něco zmínit, doplnit?

R: Že naše služby jsou důležité, veřejnost je málo informována o tom, co děláme.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem se seznámen/a se skutečností, že mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]